Rok XXIX. Kraków, 15 Marca 1890. Nr. 11.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1^1/_2$ „	$3^1/_2$ „	6 „

I. O laryngofisurze na podstawie własnego doświadczenia.

Podług wykładu mianego w Tow. lekarskiem krak. w czerwcu 1889 r., uzupełnione przypadkami późniejszemi.

Podał

prof. Dr. Pieniążek.

Zadziwiać może, że gdy tracheotomija była już znaną i wykonywaną w starożytności, to z laryngofisurą spotykamy się po raz pierwszy dopiero pod koniec 18 stulecia. Łatwo jednakże fakt ten zrozumieć, jeżeli się uwzględni, że wskazania do tracheotomii są dość częste (choć mimo to operacyja ta przez całe wieki średnie zupełnie była zapomnianą), gdy do laryngofisury w czasach przedlaryngoskopijnych wyjątkowo tylko wskazanie przydarzyć się mogło. Takie wyjątkowe wskazanie do téj operacyi stanowić mogły ciała obce, które utkwiły w okolicach głośni, a które za pomocą tracheotomii wydobyć się nie dały. W takim razie rozszerzenie rany tracheotomijnéj ku górze, czyli dołączenie laryngofisury do tracheotomii musiało ułatwiać wydobycie ciała obcego, było więc ściśle wskazanem. Z takiego też powodu wykonał pierwszy Pelletan laryngofisurę w r. 1788. Drugie wskazanie dla téj operacyi zajść mogło przy urazach krtani, skutkiem których jéj chrząstki połamane zostały. Tutaj laryngofisura dozwalałaby reponować dyslokowane odłamki i przez wytamponowanie krtani utrzymać je w należytem położeniu. To jednak tak racyjonalne wskazanie dopiero w czasach laryngoskopii podniesione przez Gurlta zostało. Powstanie nowéj metody badania krtani, t. j. laryngoskopii, wpłynąć dopiero mogło na rozszerzenie wskazań do laryngofisury. Wskazanie takie dawały przedewszystkiem polipy krtani, które już łatwo lusterkiem rozpoznane być mogły. U nas wykonaną została jedna z pierwszych laryngofisur z powodu polipa krtani przez prof. Gilewskiego w r. 1867. Ta sama jednak laryngoskopija, która przez umożliwienie dokładnego rozpoznania rozszerzyła zakres wskazań dla laryngofisury, wytworzyła wkrótce nową rywalkę téj operacyi, t. j. metodę endolaryngealnego usuwania polipów krtani. Mimo to jednak znalazł się obrońca laryngofisury Balassa, który ją przekładał przy polipach krtani nawet nad endolaryngealne zabiegi. Polemika, którą toczył Balassa w tym kierunku ze Störkiem, musiała się skończyć zwycięstwem tego ostatniego, każdy bowiem łatwo pojmie, o ile lżejszym zabiegiem jest operacyja endolaryngealna, niż laryngofisura. Zawsze jednakże wyrobiła sobie laryngofisura ściśle wskazanie w tych przypadkach, gdzie operacyja polipa endolaryngealnie dokonaną być nie mogła, n. p. z powodu wielkiéj drażliwości chorego, a gdzie wielkość polipa przecież wymagała koniecznie jego usunięcia. W dzisiejszych czasach, gdy posiadamy w kokainie tak znakomity środek znieczulający, odpadło i to wskazanie, łatwo bowiem najdrażliwszego chorego do tolerancyi dla endolaryngealnych zabiegów przez kokainę doprowadzić można. Zdawałoby się, że pole dla laryngofisury powinno się było otworzyć w różnych przypadkach zwężeń krtani, które za pomocą endolaryngealnych operacyj usunąć się nie dawały. I tu jednakże wytworzyły jéj silną konkurencyję metody dylatacyjne, obmyślane i wydoskonalone przez Schröttera. Heinowska resekcyja krtani, do któréj laryngofisura akt wstępny stanowi, przyczynić się też mogła do rozszerzenia wskazań dla téj ostatniéj. Nieraz po dokonanéj laryngofisurze okazało się, że rak usadowiony z jednéj tylko strony mógł być całkowicie wyjęty bez naruszenia chrząstek, a więc bez dokonania resekcyi krtani. Dobre wyniki takich zabiegów mogły znów podziałać zachęcająco do próbowania laryngofisury i w innych nowotworach krtani, jeżeli takowe większe trudności dla endolaryngealnych zabiegów przedstawiały. W ogóle jednak powiedzieć można, że fachowi laryngologowie przypuszczają wskazania do laryngofisury tam dopiero, gdzie nie mogą rachować na skutek endolaryngealnéj (ewentualnie dylatacyjnéj) terapii, a to uważając laryngofisurę za zabieg cięższy, mogący przytem łatwo utratę głosu wywołać.

Zanim przystąpię do dokładnego rozbioru tego zapatrywania, zaznaczyć muszę, że laryngofisura nie stanowi operacyi w sobie zamkniętéj, ale jest tylko aktem wstępnym do wykonania innéj, która dopiero ściśle wskazaniu terapeutycznemu odpowiada, jak n. p. wyjęcie ciała obcego, wycięcie

nowotworu itp. Nic więc dziwnego, że tak skuteczność laryngofisury, jak i niebezpieczeństwo jéj towarzyszące, tak od saméj choroby, w któréj ją wykonywamy, jak i od dalszego zabiegu operacyjnego, który po jéj wykonaniu podejmujemy, zależeć będzie. Samą zaś laryngofisurę jako taką na mocy własnego doświadczenia za zabieg zupełnie lekki i łatwy uważać muszę. W ciągu jedenastoletniéj praktyki w Krakowie miałem sposobność wykonać sam laryngofisurę 14 razy, a oprócz tego widziałem ją wykonywaną 7 razy przez innych kolegów u chorych przezemnie badanych, na mocy wspólnéj narady. Te 21 przypadków operowanych z różnych powodów i według różnych metod zestawiam tutaj jako materyjał, na którym mogę oprzeć zapatrywania moje tak co do metod operacyjnych, jak i wskazań do téj operacyi. Dla porównania wspomnę także o podobnych przypadkach, w których używałem innych metod leczenia, a przytem dodam swoje uwagi o niektórych sprawach chorobowych, jakie między temi przypadkami napotykamy, a które przez swą rzadkość lub ważność zasługują na bliższe uwzględnienie. Przeważna część tych przypadków była operowaną w szpitalu św. Łazarza w oddziale chirurgicznym bądź to przez prof. Obalińskiego przy mojéj asystencyi, bądź też przezemnie w jego obecności, a zawsze po wspólnéj naradzie. To też poczuwam się do miłego obowiązku złożenia prof. Obalińskiemu publicznie podziękowania za udzielenie mi powyższego materyjału, równie jak i za jego rady lub uwagi, z jakich przy poszczególnych przypadkach sposobność miałem korzystać.

Pierwszy przypadek, w którym w szpitalu św. Łazarza laryngofisura została wykonaną, dotyczy 30-letniéj wieśniaczki choréj na zwężenie krtani z powodu przerostu błony śluzowéj na bocznych ścianach krtani, po części zaś i na dolnych powierzchniach strun głosowych (t. z. *chorditis vocalis inferior hypertrophica*). Laryngofisurę wykonał prof. Obaliński przy mojéj asystencyi w lecie 1879 r. Ponieważ przypadek ten został opisany pod względem operacyjnym szczegółowo przez prof. Obalińskiego w *Medycynie* 1880, pod względem zaś laryngoskopijnym przezemnie w *Wien. med. Bl.* 1881 r., przeto podaję go tutaj w krótkości dla zestawienia z innemi. Przedtem jednak muszę dodać kilka uwag co do tego cierpienia. Przy przeroście błony śluzowéj na bocznych ścianach krtani jest rzeczą bardzo ważną, o ile części przerosłe mniéj lub więcéj dokładnie od brzegów więzadeł są oddzielone, czyli innemi słowy, o ile one zajmują dolne powierzchnie więzadeł, albo też boczne ściany krtani. Przy zajęciu samych ostatnich spostrzeżemy dwa wałki na obu bokach krtani w światło jéj się wtłaczające, łączące się często przerosłą błoną śluzową pod przednim kątem głośni, lub na tylnéj ścianie krtani, oddzielone jednak wyraźnemi bruzdami od brzegów strun głosowych. Wałki takie w ruchach strun głosowych nie biorą żadnego udziału, nie wpływają też wcale na głos, gdyż oddzielone od nich brzegi strun zupełnie normalne drgania odbywać mogą. Inaczéj rzecz się ma, jeżeli przerost błony śluzowéj na same struny głosowe, a mianowicie ich dolne powierzchnie przechodzi. Wtedy górne części przerosłéj błony śluzowéj towarzyszą ruchom strun, a odciągnięte przez nie przy oddechu na zewnątrz przedstawiają się jak dwie poduszki w światło krtani się wtłaczające, od samych brzegów strun głosowych ku dołowi schodzące; oddzielającéj ią od brzegów strun bruzdy albo wcale nie znać, albo też takowa jest lekko tylko oznaczoną. Łatwo pojąć, że w takich warunkach struny głosowe utracić muszą swą zdolność do drgań prawidłowych. To też im mniéj dokładnie oddzielone są struny głosowe od owych przerosłych części błony śluzowéj na bocznych ścianach krtani, tem więcéj cierpieć musi głos na tem, zupełne zaś zlanie się strun z wspomnianemi wypukłościami zupełną utratę głosu wywoływać będzie. W naszym przypadku brzeg struny głosowéj prawéj był oddzielony wyraźną bruzdą od leżącego poniżéj niéj wałka przerosłéj błony śluzowéj, po lewéj stronie jednak bruzda ta była jedynie w tyle widoczną, z przodu zaś wtłaczający się wałek pod sam brzeg struny głosowéj podchodził. Odpowiednio do tego stanu chora miała głos bardzo silnie zachrypnięty, a przytem bardzo wysoki, oddech zaś znacznie utrudniony: przytem występowały u niéj nocami znacznie silniejsze napady duszności. Zrazu rozpocząłem u choréj systematyczną dylatacyję za pomocą rurek Schröttera z twardego kauczuku i po dniach kilku doszedłem do Nru 3. Téj saméj jednak nocy wystąpił u niéj tak silny atak duszności, że musiano wykonać pospiesznie tracheotomiję. Takowéj dokonał na choréj prawie już asfiktycznéj Dr. Jan Rosner, wówczas sekundaryjusz w szpitalu św. Łazarza. Po wykonaniu tracheotomii miałem pierwotnie zamiar prowadzić systematyczną dylatacyję za pomocą czopków cynowych Schröttera, prof. Obaliński skłonił mnie jednak do laryngofisury z następnem wycięciem przerosłych wałków tak, jak to już poprzednio w dwóch przypadkach t. zw. *chorditis vocalis inferior hypertrophica* wykonał był Szeparowicz. Zgodziłem się tem chętniéj na tę propozycyję, skoro i tak już tracheotomija zrobioną była. Koło tygodnia po dokonaniu tracheotomii przystąpił Obaliński do laryngofisury i wycięcia przerosłych wałków błony śluzowéj. Przy operacyi téj asystowałem mu. Operacyję wykonał prof. Obaliński bez chloroformu, przy ułożeniu choréj poziomem. Zrazu założył kaniulę Trendelenburga, która się okazała jednak niepewną i zajmowała swoją płytą zewnętrzną zbyt wiele miejsca tak, że w końcu założyliśmy po dokonaniu laryngofisury zwykłą wewnętrzną kaniulę, uwiązaną dla pewności na grubéj nitce i włożyliśmy po nad nią kawałek gąbki, któryby od ściekania krwi i śluzu do tchawicy ochraniał. Potem przystąpił do wycięcia przerosłych wałków, którego łatwo dokonać było można, a następnie zeszyto ranę bez tampona z pozostawieniem kaniuli. W trzy tygodnie po dokonaniu laryngofisury opuściła chora szpital bez kaniuli, z zupełnie zagojoną raną tracheotomijną, z oddechem zupełnie lekkim, a głosem daleko lepszym, niż miała przedtem, lubo nie zupełnie prawidłowym. Odpowiednio do tego przedstawiał się obraz laryngoskopijny prawie zupełnie normalnie, jedynie przy oddechu rozchodziły się struny głosowe nie tak szeroko, jak zwykle, zawsze jednak dostatecznie. W trzy miesiące późniéj miałem sposobność widzieć chorą i stwierdzić badaniem stan ten sam. W trzy lata jednak późniéj przybyła ona znów do szpitala z rozległemi naciekami w płucach, oraz z owrzodzeniami w krtani, które po stronie prawéj zajmowały samo więzadło prawdziwe, pod którego brzegiem występowało obrzmienie w postaci szerokiego wałka wtłaczającego się w światło krtani. Tak więc obraz prawéj ściana krtani pod głośnią przypominał, pominąwszy wrzody, stan, jaki dawniéj w tem miejscu skutkiem przerostu błony śluzowéj był wytworzonym, choć sprawa była dziś zupełnie inny niż dawniéj, podobieństwo więc tylko powierzchowne. Strona lewa okazywała się prawidłową, a w szczególności żadnych śladów recydywy przerostu błony śluzowéj nie przedstawiała. Wkrótce zmarła chora z powodu suchot płucnych.

2) Drugi przypadek dotyczy chorego, który poderżnął sobie krtań w celu samobójczym, szczęśliwie jednak wyratowanym został. W gotową ranę założono kaniulę, którą chory czas dłuższy nosił, poczem po nad kaniulą zupełne zarośnięcie krtani nastąpiło. W tym stanie przedstawił się chory w klinice chirurgicznéj prof. Mikulicza na wiosnę 1883 roku. Okazało się, że nosił on stale bezokienkową kaniulę, która niezawodnie, jak to już niejednokrotnie miałem sposobność się przekonać, do zarośnięcia krtani po dłuższem noszeniu przyczyniła się. Nad kaniulą widoczne było sklepienie zupełnie jéj wypukłości odpowiadające, odcinające zupełnie krtań od dolnéj części rury oddechowéj. Zrazu próbowałem za zezwoleniem prof. Mikulicza przebić sklepienie rzeczone galwanokauterem, przekonałem się jednak, że nie jest to jakaś cienka błona, lecz gruba masa bliznowata wypełniająca wnętrze krtani aż do samych więzadeł tak, że nie zdołałem przebicia od razu dokonać. A i po dokonaniu takowego rachowaćbym musiał na potrzebę długiéj systematycznéj dylatacyi czopkami cynowemi Schröttera. Wobec tego zdecydował się prof. Mikulicz do zrobienia laryngofisury z wycięciem części krtań zatykających i wytamponowaniem krtani. Operacyja była ro-

bioną w jesieni 1883 r. w pozycyi leżącej przy chloroformie, częścią przy kaniuli Trendelenburga, częścią bez niej. Szczegółów operacyi, rownie jak dalszego przebiegu nie będę opisywał, przypadek to bowiem należący do prof. Mikulicza; pozwolę sobie tylko wspomnieć, że po usunięciu tamponu chory niezgorzéj przy zatkaniu kaniuli oddychał, wkrótce jednak zatykanie kaniuli stało się niemożebnem z powodu odrastania bliznowatéj tkanki na ścianach krtani, która znowu pomimo dylatacyi coraz bardziéj światło krtani ścieśniała.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Kilka uwag o przebiegu influenzy w Krakowie.

(Wykład na posiedzeniu Tow. lek. krak. w d. 19 lutego b. r.).

Podał

Prof. Dr. W. Antoni Gluziński.

(Dokończenie. Patrz Nr. 10).

Mężczyzna lat 40 liczący, który w jesieni r. z. przebył ciężkie zapalenie płuc włóknikowe, był zupełnym ozdrowieńcem, gdy w drugiéj połowie grudnia wraz ze wszystkimi swoimi domownikami zapadł na influenzę. Sprawa u wszystkich przeszła lekko — i on sam po trzechdniowym stanie gorączkowym wśród krytycznego spadku ciepłoty i silnych potów przebył formę czysto nieżytową, pozostało jednak silne osłabienie, objawiające się znacznem przyspieszeniem tętna, bo 130—140 na minutę wynoszącem, a w płucach rozwinął się silny nieżyt oskrzelowy. Osłabienie to wzmogło się jeszcze, a w równéj mierze i moje zdziwienie, gdy chory co 3-ci lub 4-ty dzień nieregularnie dostawał dreszczu, gorączki nawet do 41·5°C. wynoszącéj z charakterystycznym bólem głowy, z zaczerwienieniem spojówek, nieżytem w nosie, która wśród obfitych potów po jednym dniu trwania spadała. Napadów takich było kilka. Cień pacyjenta pozostał, osłabienie doszło do ogromnego stopnia i doprowadziło do zboczeń następowych, o których zaraz wspomnę.

Przypadek ten przecież każdy wśród innych warunków skłonny byłby uważać za postać zimnicy z torem nieregularnym trzeciaczkowym lub czwartaczkowym, są jednak zarzuty, które uwzględniwszy, do innego musimy przyjść przekonania, a mianowicie: obecność epidemii influenzy, zachorowanie równoczesne wszystkich osób w domu wśród jednakowych objawów, typowa forma nieżytowa u pacyjenta, zamieszkiwanie w zdrowéj okolicy miasta naszego, bo na Kleparzu, a zwłaszcza brak zupełnego powiększenia śledziony (powiększenia śledziony wśród przebiegu inflenzy prawie nie widziałem). Do momentów rozpoznawczych zaliczyćbym musiał również wysoki stopień osłabienia, jaki trudno sobie wyobrazić po kilku napadach zimnicy, chory bowiem oprócz wysokiego i słabego tętna wychudł do niepoznania, łaknienie zniknęło zupełnie, w moczu pojawił się ślad białka, głos wytworzył się cichy, chrypliwy, ledwo dla otoczenia zrozumiały (*raucedo vocis*), a przyczyną tego był gęsty, lepki śluz, który pokrywał ściany jamy ustnéj, przełyku i krtani, do tego przyłączyło się pewne zboczenie umysłowe, graniczące z ogłupieniem. W tym stanie, który wytworzył się już po 3 napadach, widzieli pacyjenta wraz ze mną koll. Paszkowski i Pieniążek. Dziś chory jest rekonwalescentem i powoli do sił swoich powraca, a przypady psychiczne w miarę przybywania sił ustąpiły zupełnie.

Potwierdzenia tego spostrzeżenia o występowaniu influenzy w takich napadach nigdzie nie znalazłem i chyba uciec się muszę tylko do wyżéj przytoczonego listu królowéj naszéj Maryi Kazimiry.

O zboczeniu umysłowem wśród przebiegu influenzy w dostępnéj mi literaturze znalazłem tylko wzmiankę u Ewalda, który podaje, że u chłopca 7½ letniego wystąpiła psychoza wśród przebiegu influenzy. Z rzadszych powikłań podnieść muszę, że u dwóch kobiet i jednego mężczyzny wystąpiły silne parcia na mocz, które trwały 2—3 dni, a mocz był bez zmian wybitniejszych. Gotschalk, który podobny przypadek u dziewczyny 18-letniéj widział, z wyjątkiem zaczerwienienia ujścia cewki moczowéj i sromu innych zboczeń w częściach płciowych nie znalazł; podobnie i kol. Mars, który jeden z moich przypadków badał. Również przyspieszenie regularności u kobiet, większe jéj rozmiary, przyjmujące niekiedy formę krwotokow po przebytéj influenzy sprawdziłem.

Powikłaniem względnie nie rzadkiem, a obserwowanem dopiero w téj epidemii było zajęcie ucha środkowego (*otitis media*).

Z wysypek najczęstszym był *herpes labialis*, nadto widziałem 3 przypadki pokrzywki (*urticaria*) i *purpura haemorrhagica*, a w 2 przypadkach po przebytéj influenzy pozostał nieznośny świąd skóry.

Przypadku niewątpliwego zarażenia się nie stwierdziłem ani jednego.

Przystępuję obecnie do jednéj z najważniejszych kwestyj, to jest do śmiertelności. Że z chwilą epidemicznego pojawienia się influenzy wszędzie podniósł się odrazu procent śmiertelności, rzecz wiadoma; że influenza miała tu więcéj wpływ pośredni, rzecz nie do zaprzeczenia, przynajmniéj sam nie widziałem ani jednego przypadku śmierci z saméj influenzy. Natomiast głównym powodem śmiertelności wśród epidemii było zapalenie płuc włóknikowe i téj sprawie chciałbym słów kilka poświęcić.

Że wśród przebiegu influenzy, a zwłaszcza w formie nieżytowéj występował rozlany nieżyt oskrzelowy, a w następstwie zapalenie płuc nieżytowe, rzecz znana, i nie dająca powodu do sprzecznych zdań. Punktem spornym to zapalenie płuc włóknikowe, a raczéj stosunek jego do influenzy. Nothnagel w wykładzie swoim twierdzi, że żadnego większego związku niema, że to były dwie epidemije, t. j. influenzy i zapalenia płuc włóknikowego, które przypadkowo zbiegły się razem, a influenza o tyle uprawiała grunt dla zarazka zapalenia płuc, o ile sprowadzała nieżyt oskrzelowy. Obserwacyje jednak kliniczne wśród obecnéj epidemii, a i dawniejsze każą być odmiennego zdania. Jakkolwiek nie możemy na podstawie obecnéj nauki przypuścić, aby nieznany zarazek influenzy wywoływał również zapalenie płuc włóknikowe, i twierdzenie takie byłoby pozornie błędem, to jednak nieda się zaprzeczyć, że istnieje inny związek między influenzą a zapaleniem płuc, aniżeli między zwykłym nieżytem oskrzelowym a zapaleniem płuc. Nothnagel opierał się przy wypowiedzeniu swego zdania na okoliczności, że przed wybuchem influenzy we Wiedniu była już silniejsza epidemija zapalenia płuc, która tylko zwiększyła się podczas panowania influenzy. Spostrzeżenie to z dwóch powodów można zaczepić: raz, że w innych miejscach okoliczności téj nie stwierdzono, u nas w Krakowie n. p. w miesiącu październiku nie było zapaleń płuc więcéj niż zwykle, a gwałtownie pojawiać się poczęły, gdy influenza już nie sporadycznie, lecz epidemicznie poczęła się szerzyć; powtóre, że zapalenia płuc może były częstsze w Wiedniu dla tego, bo już influenza była, chociaż jéj przy znacznym obszarze miasta nie uznawano, podobnie jak mam podstawę twierdzić, że w Krakowie była znacznie wcześniéj nim obfitością przypadków zwróciła naszą uwagę. A chociaż spostrzeżenia Nothnagla dla Wiednia musimy uważać za słuszne, to jest jeszcze tyle szczegółów wynikających ze spostrzeżeń przy łóżku chorego, że każą one być odmiennego zdania. Gdziekolwiek pojawiła się influenza, wszędzie w parze z nią szły niestosunkowo liczne przypadki zapalenia płuc.

Każdy z nas zapewne jest w stanie przytoczyć przypadki, gdzie wprost z influenzy na 2-gi lub 3-ci dzień po przełamaniu rozwijało się zapalenie płuc i przypadki te były niestosunkowo liczne, gdy w innych chorobach zakaźnych, połączonych z większym nieżytem oskrzelowym tego stosunku do zapalenia płuc włóknikowego nie spotykamy. Wreszcie zapalenia te płuc, jakkolwiek niewątpliwie włóknikowe, miały odmienny obraz kliniczny. Podczas pierwszych dni przebiegały zwykle z objawami fizycznemi bardzo niewyraźnemi. Lekkie przytłumienie lub brak takowego, nieliczne drobne rzężenia, jakto bywa wobec wiotkich bardzo nacieków lub zmian w środku płuca, oto obraz dni początkowych, po upływie dopiero których występował wypuk więcéj stłumiony i w jednem lub drugiem miejscu oddech oskrzelowy. Przebieg ciepłoty nieregularny, rzadziéj tor gorączki staléj (*f. continua*), najczęściéj zwalniającéj (*f. remittens*), a dwa przypadki spostrzegałem z torem gorączki przerywanéj (*f. intermittens*), jakto bywa w zimniczem zapaleniu płuc. Plwocina rzadko przybierała charakterystyczne wejrzenie, najczęściéj była lekko ciągnąca się, różowo tylko zabarwiona lub z prążkami krwi. Początek choroby często bez charakterystycznego dreszczu, trwanie nieraz dłuższe niż zwykle. koniec w pomyślnych zejściach nieraz przez przełamanie (*per crisin*), często *per lysin*, a nigdy tak często nie widziałem tak zwanego pozornego przełamania (*pseudocrisis)*, jak wśród obecnéj epidemii. Przebieg choroby bardzo ciężki, procent śmiertelności znaczny, a gdy przypadek pomyślnie się kończył, naciek rozchodził się nadzwyczaj wolno, w niektórych razach tygodnie na to trzeba było czekać. Taki był w krótkości obraz kliniczny zapalenia płuc, obraz odmienny od zwykłego przebiegu, który z nas każdego uderzyć musiał i obudzić myśl, że chyba tu jad influenzy swój wpływ wywiera. A tembardziéj myśl ta ustalać się musi, jeżeli się uwzględni, że ten sam charakter zapalenia płuc stwierdzić można w opisach podanych z innych miejscowości, gdzie influenza panowała, że charakter ten już w roku 1833 uderzył Piorryego w Paryżu i zniewolił go przedłożyć Akademii paryskiéj memoryjał zwracający uwagę na tę różnicę od zwykłego przebiegu zapalenia płuc.

Nie chcąc się zapuszczać długo w teoretyczne rozumowania przypuszczałbym, że albo ten sam zarazek wywołuje i influenzę i zapalenie płuc albo, co wydaje mi się prawdopodobniejsze, że produkty zarazka influenzy (toksyna) użyźniają w ten sposób nasz organizm, że zarazek zapalenia płuc, który jak wiemy i u zdrowego człowieka znajduje się w jamie ustnéj, nosowéj (*diplococcus pneumoniae* Fränkla-Weichselbauma), natrafia na nadzwyczaj przyjazne warunki dla swego rozwoju i mnożenia się, może trochę odmiennego jak w zwykłych warunkach, ztąd i obraz kliniczny jest odmienny.

Już po napisaniu tego artykułu ogłoszone zostały badania bakteryjologiczne, z których szczególnie Weichselbauma (*Int. klin. Rundsch.*, Nr. 6) i Levyego (*Berl. klin. Woch.*, Nr. 7) zwracają moją uwagę, obydwa bowiem wykazują, że tak w plwocinach czystą influenzą dotkniętych, jak w wydzielinie z ucha (*otitis media)*, w moczu (Weichselbaum) i t. d. przeważnie znajdowano *Diplococcus pneumoniae* i zwracają uwagę ze stanowiska bakteryjologicznego, że albo on jest przyczyną influenzy albo co naturalniejsze, że rozwija się tylko szybko na glebie przysposobionéj przez nieznany zarazek influenzy, a w każdym razie tłómaczy tak częste powikłanie z zapaleniem płuc. Bakteryjologiczne poszukiwania potwierdzają zatem moje wnioski wysnute z obserwacyi klinicznéj.

III. Z kliniki chirurgicznéj prof. Rydygiera w Krakowie.

O wilku pierwotnym w krtani.

Podał

Dr. Adam Langie,
elew tejże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 10).

Zaburzeń w oddechaniu z początku cierpienie nie wywywołuje żadnych, wyjątkowo tylko w początkowym okresie powstać może duszność, wywołana większym obrzękiem i przerostem nagłośni. W późniejszych okresach choroby mogą wystąpić wszystkie typowe objawy *stenosis glottidis*, które źródło swe mają w znacznym obrzęku błony śluzowéj krtani, więzów nalewko-nagłośniowych i więzadeł fałszywych, wtedy przyjść może nawet do tak gwałtownéj duszności, że tylko tracheotomija zdoła chorego utrzymać przy życiu, jakto miało miejsce właśnie w naszym, powyżéj opisanym przypadku. Przeciwnie zdarzają się też nieraz przypadki, że ani razu od początku aż do końca nie wystąpi nietylko duszność, ale nawet najmniejsze jakieś zaburzenie w oddechaniu.

Stan ogólny wogóle dobry i długo takim się utrzymuje, co tem bardziéj przyczynia się do odwrócenia uwagi chorego od cierpienia, któremu podlega, Czasem spotyka się ślady *scrophulosis*, zresztą nic ani na skórze ani na błonach śluzowych.

Co się tyczy gruczołów szyjnych, to zdania są podzielone: jedni jak Paul, Landrieux, Lemaistre, Looten, Isabel, Marty twierdzą, że gruczoły albo wcale nie są powiększone, albo bardzo nieznacznie, nader tylko rzadko do większych dochodzą rozmiarów, a zropieniu wcale nie ulegają. W naszym przypadku gruczoły były tylko nieznacznie powiększone.

Najwybitniejsze zmiany widzieć można dopiero za pomocą wziernika krtaniowego. Pod tym względem znachodzimy w literaturze rozmaite opisy przeważnie przypadków wilka następowego, ponieważ jednak zmiany anatomiczne w wilku pierwotnym są zupełnie takie same, przeto z opisów tych możemy sobie wytworzyć dostatecznie dokładny obraz laryngoskopowy cierpienia.

Hebra i Kaposi tak opisują *lupus laryngis*: „wybujałości małogrudkowe, a miejscami przybłonek szaro-sinawo obłożony lub przeczosy powierzchowne, znachodzą się, zwłaszcza na nagłośni. W dalszym przebiegu występują, najczęściéj tamże, wrzody nieregularne, pociągające za sobą trwałe utraty substancyi. I we wnętrzu krtani te same napotykamy zmiany, najczęściéj w ogniskach. Chorobie towarzyszy nieżyt, zgrubienie wałowe bł. śluzowéj i sprowadza blizny, a przez nie zboczenia czynnościowe“. Opis Neumanna nie różni się w niczem od powyższego.

Rosalia Idelson (14) zaś pisze: „w początku występuje znaczne zgrubienie i nacieczenie zbite błony śluzowéj, zajmujące jednostajnie większy obszar. Następnie wytwarzają się na bł. śluzowéj już to większe, już też mniejsze okrągławe guzy i garby, wybujałości brodawkowe, uklejowe, guzikowe lub bardziéj stożkowe. Wreszcie poszczególne części bł. śluzowéj lub guzów rozpadają się, tworzą się blizny, które znaczne zniekształcenie krtani wywołać mogą“.

Wogóle objawy wziernikowe zebrać można w następujące cztery charakterystyczne: 1) na pierwszy rzut oka uderza, na co kładzie nacisk Marty (l. c.), ogólna bladość błony śluzowéj krtani, która ma kolor pośredni między czerwonym

a popielatym, szczególniéj w późniejszym okresie choroby, gdyż w początkach można widzieć owszem większe zaczerwienienie i przekrwienie, które jednak Marty uważa za przemijające, ustępujące późniéj miejsca téj bladości. I Chiari i Riehl (6) zwracają na objaw ten uwagę.

2) Obrzęk i naciek w błonie śluzowéj i tkance podśluzowéj, naciek czasem więcéj rozlany, jednostajny, przyczem błona śluzowa pozostaje gładką; częściéj jednak spotykamy mniéj lub więcéj wystające wyrośle brodawkowate lub guzkowate, wielkości zazwyczaj ziarna prosa lub konopi, rzadziéj większe polipowate, jużto pojedynczo rozsiane, jużteż zebrane w grupy, pokryte białawym lub biało szarym zgrubiałym i łuszczącym się przybłonkiem albo pozbawione tegoż, czerwone, żywo i łatwo krwawiące. Nadają one błonie śluzowéj wejrzenie nierówne, pagórkowate, gdy są drobne, ziarniste.

Niektórzy autorowie, Robin we Francyi i Rindfleisch w Niemczech, uważają wyrośle te za sprawę nowotworową, biorącą swój początek z gruczołów błony śluzowéj. Inni, i to większość, jak Vulpian, Charcot, Ziemssen, Friedlaender, Doutrelepont, Unna przyłączają się do zdania Virchowa, według którego guzki wilkowe składają się z tkanki granulacyjnéj, miękkiéj, unaczynionéj, w któréj obok komórek okrągłych spotyka się też i komórki olbrzymie, a cały proces jest proliferacyją tkanki łącznéj, który kończy się owrzodzeniami, niszczącemi partyje sąsiednie i z tych owrzodzeń powstają potem blizny, mało odporne i mało posiadające żywotności, co właśnie jest przyczyną, że choroba często na nowo wśród nich wybucha.

3) Owrzodzenia, powstające zwykle po dłuższym przeciągu czasu, po miesiącach lub latach. Wrzody te rozmaitéj głębokości, zwykle płytkie, najczęściéj nieregularne, dość ściśle ograniczone, o brzegach miękkich, nie naciekłych, zwolna w dno przechodzących, otoczonych nieraz brodawkowatemi wybujałościami, o dnie czerwonem, łatwo krwawiącem, szarawemi lub żółtawemi wybujałościami pokrytem, lub gładkiem powleczonem cieniutką warstwą żółtawéj wydzieliny, do żywicy podobnéj. Wrzody te, jak całe cierpienie, nie bolesne wcale, są zazwyczaj nieliczne, w niektórych jednak przypadkach tak rozległe i liczne, iż niektórzy odróżniają osobną formę: *lupus ulcerosus laryngis*. Wrzody te mogą się zagoić przez wytworzenie zdrowéj ziarniny, jednak, i to jest bardzo charakterystycznem, następuje to powoli i często nowemi wybuchami choroby przerwane i opóźnione zostaje.

4) Blizny, zazwyczaj drobne, białawe, połyskujące, czasem nawet rozległe, wogóle do syfilitycznych podobne.

To są 4 charakterystyczne objawy, zarazem fazy rozwoju wilka w krtani, a najcharakterystyczniejszem jest, iż czasem równocześnie spotkać można wszystkie te 4 fazy rozwoju obok siebie. Nadmienić jednak wypada, iż często towarzyszący nieżyt, tworzące się małe ropnie, pęknięcia szczelinowate obrzękłéj błony śluzowéj lub znaczniejszy obrzęk téjże zmieniają obraz kliniczny niekiedy nie do poznania. Zmiany powyższe z upodobaniem lokalizują się na nagłośni, która często sama tylko bywa ich siedzibą, daléj na więzach nalewko-nagłośniowych, na błonie śluzowéj, pokrywającéj chrząstki nalewkowe, rzadziéj na więzadłach fałszywych, a najrzadziéj na więzadłach prawdziwych i poniżéj tychże.

Przejdźmy teraz poszczególne części składowe.

Nagłośnia najczęściéj, prawie stale bywa siedliskiem zmian, co jest bardzo ważnem pod względem rozpoznawczym. W 80-ciu przypadkach wilka następowego, zebranych w dziele Martyego nagłośnia była 68 razy zajętą (85%), a w 38-iu przypadkach opisanych przez Chiariego 35 razy (przeszło 92%). Nagłośnia przedstawia wtedy zazwyczaj większą objętość, wywołaną obrzękiem i przerostem, niekiedy do tego stopnia, iż nie dozwala dojrzeć wnętrza krtani, jest blada, niedokrewna, brzegi jéj zgrubiałe, nieraz powygryzane, wystrzępione, kształtu jest czasem jajowatego mocno wydłużona, czasem skutkiem skrzywienia, zagięcia lub podwinięcia brzegów zmieniona do niepoznania w postronek lub wał obrzękły, czasem w niekształtny kikut o powierzchni ziarnistéj: powierzchnia jéj jużto gładka już wyroślami drobnemi, białawéj lub czerwonawéj barwy pokryta, niekiedy znaczny ubytek przedstawiająca; widziano przypadki, gdzie połowa lub dwie trzecie nagłośni były zupełnie zniszczone. Nadto jest ona zwykle twardsza, więcéj oporna przy dotyku, traci swą elastyczność, mniéj ruchoma, czasem zupełnie unieruchomiona. W późniejszym okresie spotykamy się z owrzodzeniami lub bliznami, które są białe, błyszczące, pozaciągane, zapadnięte lekko. W niektórych przypadkach cała nagłośnia jest zbliznowaciała, w innych znów prawie normalna, tylko miejscami spotykamy na niéj blizny po wygojonych owrzodzeniach.

Podobne zmiany, mianowicie tę bladość, stwardnienie, obrzęk, wyrośle i owrzodzenia lub blizny spotykamy też na fałdach nalewko-nagłośniowych, na więzadłach fałszywych i na błonie śluzowéj wnętrze krtani wyścielającéj.

Więzadła głosowe dolne rzadziéj bywają dotknięte cierpieniem, dlatego to głos bywa często przez cały przebieg choroby niezmienionym, nieraz z powodu obrzęku błony śluzowéj górnych części krtani, zwłaszcza więzadeł fałszywych, struny głosowe zupełnie stają się niewidoczne.

W 38 przypadkach cytowanych już Chiariego struny głosowe były 18 razy zajęte (47·3%). W każdym jednak razie pewnem jest, iż zmiany na więzadłach prawdziwych powstają dopiero w późniejszych okresach choroby i wtedy to występują zaburzenia w głosie. Zmiany te są różne: począwszy od zaczerwienienia i nastrzykania aż do wyrośli brodawkowatych lub polipowatych i nadżerek lub owrzodzeń. Dodać trzeba, iż zauważono w niektórych przypadkach upośledzenie ruchomości więzadeł i to częściéj niedowład niż całkowite porażenie jednego lub obu.

Wnętrze krtani pokryte jest zazwyczaj skąpą ilością wydzieliny śluzowéj, która w późniejszych okresach przybiera cechę śluzowo-ropnéj, a przy rozległych owrzodzeniach nawet ropnéj, lecz zawsze znajduje się w niewielkiéj ilości.

Jako komplikacyje, które nie są zbyt liczne, wymienić musimy:

a) gruźlicę płuc, często spotykaną u chorych na *lupus*, gdziekolwiek on ma swoją siedzibę[1]), a która wystąpić może w rozmaitych okresach choroby: raz wcześniéj, raz późniéj, nawet po kilku lub kilkunastu latach. Zdarza się też u takich chorych gruźlica błon surowiczych, gruczołów, stawów i kości.

b) *Perichondritis* i *Chondritis* chrząstek krtaniowych, tak często spotykane we *Phthisis laryngis*, bardzo rzadko tutaj występuje; Chiari nigdy nie widział a Kaposi zaledwie w kilku przypadkach, jeszcze najczęściéj stosunkowo zdarza się to na nagłośni.

[1]) Porównaj: H. Leloir: *Communication au congrès de Copenhague* w *Annales de dermat.* 1884 oraz: *Recherches nouvelles sur les relations, qui existent entre le lupus vulgaire et la tuberculose*, w *Annales de dermat.* 1886.

c) Niebezpieczną, choć na szczęście rzadką, komplikacyją jest, częstsze w innych cierpieniach, *Oedema glottidis*.

d) Najczęściéj jeszcze towarzyszy chorobie nieżyt błony śluzowéj krtani.

Przebieg cierpienia jest chroniczny, bardzo powolny, bezgorączkowy; choroba rozpoczyna się skrycie, nie zapowiadając się niczem i wlecze się całe lata. Wyleczenie samoistne nastąpić może, ale nie rzadko w wytworzonéj już bliźnie choroba na nowo wybucha. (Dok. nast.).

IV. Orzeczenia sądowo-lekarskie Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Seryja druga.

XVIII.

Śmierć naturalna, czy z uduszenia.

Podał

Prof. Dr. Blumenstok.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 7).

Sędzia śledczy otrzymawszy akta te przedłożył je, a zwłaszcza dochodzenie sądowo-lekarskie, dwom lekarzom sądowym lwowskim, a mianowicie prof. Feiglowi i Drowi Lukasowi i zawezwał ich do wydania pewnego orzeczenia z uwzględnieniem wszystkich okoliczności dotąd znanych. Orzeczenie ich wydane 14 czerwca 1889 r. opiewało jak następuje:

1) Przedewszystkiem nie mogą znawcy podpisani zgodzić się z przekonaniem p. p. obducentów, jakoby śmierć nastąpiła w sposób naturalny wskutek zatrucia krwi składnikami moczu, z tak zw. mocznicy (*Uraemia*). Po pierwsze bowiem następuje choroba ta u osób dotkniętych ostatnim okresem ciężkiego zapalenia nerek Brighta, w tak zw. okresie zaniku nerek ziarnistego i stwardnienia (*Atrophia granulosa, sclerosis renum*). Nerki są wtedy do połowy swéj zwykłéj objętości zmniejszone, mocno twarde, zbite; torebka ich jest mocno zgrubiała, powierzchnia nerek grudkowato-nierówna, w miejscach wypukłych żółtawa, w pozapadanych czerwonawa, na przekroju istota korowa mocno zwężona i mocno zbita, obraz, którego u Tekli T. przy obdukcyi nie znaleziono. Opisany obraz nerek odpowiada bowiem raczéj zwykłemu zanikowi nerek niezapalnemu, z mocnem stłuszczeniem miąższu i z lekkiem wybujaniem tkanki łącznéj, jaki napotyka się zazwyczaj u osób nadużywających napojów wyskokowych, otyłych lub obok innych zmian (n. p. zapalnych) w ustroju i t. p. Stan taki nerek nie zwykł jednak powodować mocznicy i napotyka się bardzo często przy obdukcyi rozmaitych osób, zmarłych z powodu rozmaitych chorób. Powtóre występuje mocznica dopiero po długotrwałym przebiegu zapalenia nerek, które w pewnych okresach objawia się bądź to wodną puchliną, bądź ciężkim nieżytem żołądkowo-kiszkowym, z wymiotami lub rozwolnieniem, bądź też komplikacyjami ze strony serca (bicie serca, sinica); wskutek długotrwałéj utraty białka z moczem zaś chorzy tacy są pospolicie bardzo niedokrewni, bladzi, charłaczni, podczas gdy zwłoki Tekli T. opisane są jako dobrze odżywione, zamiast niedokrewności napotkano wszędzie w ustroju przekrwienia, a za życia nie wiadomo również, ażeby kiedy tak ciężko chorowała. Następnie polegają przypady mocznicy pospolicie na wymiotach, śpiączce, wreszcie na gwałtownych kurczach drgawkowych, następnie często na porażeniach, który to obraz w całości może trwać i kilka, lecz zazwyczaj trwa godzin kilkanaście, cały dzień lub też kilka dni, podczas gdy Teklę T. widziano 14/9 w godzinie 4-téj wieczór zupełnie zdrową, rano zaś 15/9 znaleziono już nieżywą; oględziny miejsca i ułożenie zwłok zaś wykluczają przypuszczenie, ażeby Tekla T. miała wymioty (brak bowiem wymiocin i żołądek z treścią pokarmową), lub też kurcze drgawkowe; wreszcie przy obdukcyi zwlok zmarłych na mocznicę napotykamy zwykle opony mózgowe i mózg mocno blade i surowiczo obrzękłe, płuca blade, zbrzęknięte, serce (jak zwykle przy zaniku nerek) przerosłe, zbite i śródsierdzie często zgrubiałe. Wątroba i śledziona są często twarde, zbite, niedokrewne, nerki zanikłe, podczas gdy u Tekli T. mózg w istocie korowéj i sploty naczyniowe były przekrwione, podobnie jak płuca, serce nie przerosłe, tylko rozszerzone i mocno stłuszczone; wątroba i nerki stłuszczone i przekrwione. Brakuje więc zdaniem znawców wszelkich podstaw tak w historyi życia, jak w protokóle obdukcyi, ażeby u Tekli T. trzeba lub można rozpoznać śmierć z mocznicy. Okoliczność, iż w pęcherzu znaleziono tylko skąpą ilość moczu mętnego, daje się łatwo tem wytłomaczyć, iż wypróżniła ona przed udaniem się na spoczynek pęcherz, a w zwłokach często urynę zastajemy w pęcherzu mętną. Również nie odpowiada obraz opisany nerek ostremu zapaleniu nerek, które zdarza się w ostrych zakaźnych chorobach itp. i które może powodować mocznicę. Innéj anatomicznie dowieść się dającéj przyczyny śmierci obdukcyja również u Tekli T. nie wykazała i w tem podpisani znawcy zgadzają się z p. p. obducentami.

Natomiast wszystkie szczegóły przemawiają bardzo silnie za tem, że śmierć Tekli T. nastąpiła w sposób gwałtowny, a to wskutek uduszenia. Przemawiają za tem znalezione u zwłok sinośc i obrzęk twarzy; wszędzie w zwłokach napotkana krew ciemna, płynna, bez śladu skrzepów; przekrwienie powłok czaszki, istoty korowéj mózgu i splotów naczyniowych komór mózgowych; przekrwienie i obrzęk ostry płuc; obecność w sercu krwi płynnéj i ciemnéj; mocne przekrwienie nerek i mierne wątroby, a wreszcie wybroczynki napotkane w żołądku, obok braku wszelkiej innéj przyczyny, któraby śmierć nagłą Tekli T. mogła wytłomaczyć. Uduszenie to mogło nastąpić wśród snu, tak że ofiara bronić się wcale nie mogła, zwłaszcza jeżeli sprawca zatkał jéj grubą chustką otwory ust i nosa lub też ścisnął na szyi chustkę, którą mogła mieć głowę i szyję zawiniętą. W takim razie mogła czynność taka nie pozostawić po sobie żadnych śladów charakterystycznych.

Nawet opisane rany na szyi, które jakto p. p. obducenci w orzeczeniu podają, miały powstać za życia, (czego z opisu protokólarnego wywnioskować nie można), sprzeciwiają się już swoim kierunkiem przyjęciu samobójstwa, obok tego, iż samobójca, chcąc się pozbawić życia, byłby po tych dwóch bezużytecznych cięciach ponawiał inne próby samobójstwa, czego jednak T. nie uczyniła, wreszcie dlatego, że nie znaleziono obok zwłok żadnego narzędzia samobójczego, któremby denatka zadać sobie mogła opisane rany; natomiast wytłomaczyć one się dają w ten sposób, iż sprawca po uduszeniu ofiary rozcinał szal lub chustkę na szyi jéj, ażeby zatrzeć ślady duszenia i przytem zaciął i skórę szyi lub też tem, że sprawca po uduszeniu ofiary przecinał sznurek jaki wiszący na szyi, n. p. sznurek od torbeczki z pieniądzmi, zawieszonemi na szyi, sznurek z koralami itp. i przytem rozciął i skórę; jedynie bowiem w ten sposób wytłomaczyć można płytkość i kierunek ran opisanych na szyi. Że rany były zatkane watą, mogło to pochodzić również od sprawcy, który w ten sposób mógł się starać zatrzeć ślady zrobionych zranień, ażeby na pierwszy rzut nie wpadły w oczy.

Stan nerek, serca i mózgu naprowadzają nadto na wnio-

sek, że Tekla T. często nadużywała napojów wyskokowych, mogła więc i ostatniéj nocy być w stanie nietrzeźwym.

Otrucia ostrego n. p. kwasem pruskim, sinkiem potasu itp. również obdukcyja nie wykazała.

Na otrucie zaś ciałem mineralnem nie naprowadza również obraz obdukcyi.

Na zapytanie odnośne Sędziego śledczego, czy obdukcyja ponowna mogłaby rzecz wyjaśnić, odpowiedzieli p. p., znawcy, że obecnie (po 9 miesiącach) obdukcyja ponowna jest zanadto spóźnioną i nie obiecuje wyniku dodatniego.

Wskutek tego orzeczenia Sędzia śledczy udał się do B., zabrawszy ze sobą obwinionego S.; tamże przesłuchał ponownie świadków i oglądał miejscowość, a przedewszystkiem szopę budnika F. Tak ostatni jakoteż żona i córka jego, paker i restauratorka na kolei poznali w osobie obwinionego S. owego mężczyznę, który we wrześniu r. z. spacerował na dworcu z kobietą obcą i do nich zawitał z nią; wszystkie te osoby powtarzają zarazem, że w trupie, znalezionym w szopie, poznały kobietę, towarzyszkę jego; żadna zaś z osób, które widziały trupa, ani żandarm, ani wreszcie sędzia w B. nie wspominają, jakoby na szyi zmarłéj widzieli watą zatkane rany, lub gdziekolwiek na ciele lub obok niego krew płynną lub skrzepłą. Ponieważ jednak w ciągu śledztwa dowiedziano się, że zmarła miała mieć brodawkę (pieprzyk) na szyi, oraz, że raz miała żebro po stronie lewéj uszkodzone, a o tem w protokóle sekcyi nie było wzmianki, więc Sędzia śledczy dla usunięcia wszelkiéj wątpliwości co do identyczności owego trupa z osobą Tekli T., postanowił zarządzić ekshumacyję zwłok i ponowne ich oględziny.

Takowe uskutecznione zostały d. 26 lipca 1889 r. przez Drów C. i D., a protokół ich opiewa jak następuje:

Oględziny zewnętrzne. 1) Po odkopaniu grobu wydobyto trumnę średniéj wielkości o wieku płaskiem. 2) Po odsłonięciu wieka okazują się zwłoki ludzkie w 3-cim stopniu zgnilizny. Długość zwłok 165 cm.; zwłoki ubrane są w suknie żeńskie. Twarz i głowa z wyjątkiem części jéj sklepieniowéj pokryte są chustką wełnianą w paski białe i czarne, brzegi chustki téj opatrzone są frendzlą. Z pomiędzy podudzi między łydkami widać szmatę jakąś czerwoną, na zewnątrz nogi lewéj w téj saméj wysokości widoczny mniejszy płat téjże saméj szmaty. 3) Spodnica sięga na odnodze prawéj do połowy wysokości łydki, na nodze lewej do $^1/_3$ téjże. 4) Obok głowy po stronie lewéj w rogu trumny znachodzi się szklanka dosyć gruba, okrągła w dole węższa, u góry szersza, wypełniona do $^3/_4$ płynem mętnym szaro-żółtym, na dnie szklanki widać osad na 1 cntm. wysoki, jednakowo szaro zabarwiony. Po odlaniu treści płynnéj do osobnego garnka przedstawia sam pozostały osad szaro-brudno cielistą bryję; na powierzchni téj bryi pływają małe chrząsteczki, stałych części żadnych osad ten nie przedstawia. 5) Na przedniéj części ciała widzimy obydwie kończyny górne ukośnie ułożone, prawie równolegle do siebie. Pomiędzy obydwoma przedramionami znachodzi się jednostajna żółto-szaro zabarwiona masa bryjowata. Przedramiona widoczne z pod odzieży przedstawiają się, a mianowicie: przedramię lewe szersze, aniżeli w stanie prawidłowym, żółto-bronzowo zabarwione, do wosku podobne. Przedramię prawe jest więcéj ziemisto-szare, przedramię to jest węższe, od spodu gnijącemi częściami miękkiemi opadającemi pokryte. 6) Kończyny dolne wystające z pod sukni pokryte są mułem ziemistym, grzbiet nogi prawéj jakoteż palce i część podeszwy na obydwóch kończynach są białą pleśnią pokryte, na podeszwach widzimy zgrubiały przyskórek odstający. 7) Odsłonięto twarz i głowę. Przy rozwarciu rąk, przedramię prawe rozlatuje się a raczéj rozłazi się w stawie nadgarstkowym, mięśnie zaś przedstawiają jednostajną masę rozłażącą się, gliniastą. 8) Po zdjęciu sukni, która leżała na zwłokach spostrzega się na nodze prawéj poniżéj kolana szmatę w paski fioletowe i czarne, na 15 cm. szeroką, która po przecięciu i zdjęciu przedstawia się jako odcięty kawałek pończochy. 9) Obnażone zwłoki, których części miękkie przedstawiają masę żółtawo-gliniastą rozłażącą się, okazują następujący obraz: 10) Głowa w całości przedstawia się pozapadaną, pokrytą rozłażącą się skórą i mięśniami, oczodoły pozapadane przedstawiają jamy żółtawą masą wypełnione, jama ust otwarta, w szczęce górnéj i dolnéj widoczne zęby, w szczęce górnéj rzadko osadzone, odstępy pomiędzy zębami przedniemi w szczęce górnéj wynoszą 2—3 mm., zęby dobrze zachowane, zdrowe; w szczęce górnéj po stronie lewéj brak pierwszego zęba trzonowego i zęba mądrości, po stronie prawéj drugiego zęba trzonowego; w szczęce dolnéj po stronie prawéj brak pierwszego zęba trzonowego, jakoteż zęba mądrości, to samo po stronie lewéj. Na czaszcze włosy ciemno-blond rzadkie, długie, włosy z łatwością wychodzą. Na szyi prócz rozłażącéj się masy gnilnéj z części miękkich nic dostrzedz nie można. 11) Klatka piersiowa, mostek, jakoteż kości mostkowe żeber obnażone, mostek leży wciśnięty w klatkę piersiową po przecięciu poprzedniem przy sekcyi. Po zdjęciu mostka widać bezkształtną masę rozłażącą się gliniasto-woskowato zabarwioną, pochodzącą z części miękkich, na których jednakowoż pojedynczych organów rozpoznać nie można. Po usunięciu masy téj na bok widać kręgosłup obnażony. 12) To samo tyczy się jamy brzusznéj, jakoteż miednicy, z żołądka wątroby i kiszek ani śladu do rozpoznania. 13) Wzgórek łonowy pokryty włosem ciemno blond, kędzierżawym, łatwo wychodzącym, szpara sromowa widoczna, wargi większe toż samo dokładnie rozeznać się dające. 14) Kończyny górne i dolne pokryte tożsamo częściami miękkiemi gliniasto-woskowo zabarwionemi, rozłażącemi się. 15) Pokrywa czaszki przepiłowana naokoło; w jamie czaszki jednostajna masa brejowata pleśnią pokryta, w jamie ust prócz wyżéj pomienionych zmian nic szczególnego. 16) Z połyku, tchawicy i krtani śladu nie ma, w jamie piersiowéj i jamie brzusznéj żadnych poszczególnych organów rozpoznać nie można. 17) Na polecenie p. sędziego śledczego, jakoteż p. prokuratora, przystąpiono do bliższego zbadania żeber. 18) Żebra zbadać można było dopiero po wyjęciu ich. Po dokładnem oczyszczeniu znaleziono wszystkie żebra z wyjątkiem 8-go lewego prawidłowe. 19) Na żebrze ósmem lewem spostrzegamy w miejscu przejścia pierwszéj części trzeciéj do części średniéj zgrubienie przedniéj trzeciéj; tuż przed zgrubieniem okazuje się brzeg dolny żebra półksiężycowo wygięty, ograniczony z obydwu stron brzegami ostremi. Część odpowiadająca wyżłóbieniu półksiężycowemu jest o pół centm. węższą aniżeli trzecia część przednia. Na powierzchni przedniéj, na 12 mm. od brzegu chrząstkowego żebra, ciągnie się równolegle do dolnego brzegu żebra zagłębienie na 5 mm. szerokie a 3 cntm. długie; zagłębienie to przedstawia podstawy jakoteż brzegi nie równe, kość w tem miejscu jest przeświecającą.

PP. obducenci wydali następujące

Orzeczenie: 1) Zwłoki należą do kobiety, która wzrost swój ukończyła, nie doszła jednak starości, jak o tem kościec świadczy.

2) Przyczyny śmierci z powodu znacznego stopnia zgnilizny (3 stopnia) obecnie oznaczyć nie możemy.

3) Ponowna sekcyja zwłok wykazała, że ósme żebro lewe doznało za życia obrażenia, które odnieść należy albo do przebytego złamania lub innéj sprawy zapalnéj; sądząc z utraty istoty kostnéj odłamki kości mogły odchodzić.

4) Jakość morfologiczna, jakoteż chemiczna płynu w szklance się znajdującego nie daje się na oko oznaczyć, dla oznaczenia téjże należałoby zbadać treśc tak pod względem chemicznym jakoteż mikroskopowym, co wobec protokółu, jakoteż braku naukowego wszelkich poszlaków w 1-ym protokóle sekcyjnym do pożądanego celu nie doprowadziłoby; z tego względu uważamy badanie to za zbyteczne.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Oceny i sprawozdania.

H. Hager: **Mikroskop i jego użycie**; według 7-go wydania tłom. przez J. W. Radwańskiego, Mra farmacyi, z 322 drzeworytami. Kraków 1890, in 8-vo, str. 227.

Dziełko niemieckie Hagera, zasłużonego autora licznych pism farmaceutycznych, jest powszechnie znane, a doznało ono w Niemczech uznania, skoro od r. 1866 do 1885 doczekało się 7-iu wydań. Autor przeznaczył dziełko to wię-

cėj dla użytku w życiu codziennem i w gospodarstwie i sam doradza przyrodnikom innych dzieł, bardziej naukowych; głównie więc miał na oku zapoznanie początkujących z budową mikroskopu, z badaniem artykułów spożywczych i potraw, szczególniéj korzeni i środków służących do ich fałszowania; dopiero w ostatniem wydaniu uwzględnił badania hygijeniczne, odnoszące się do grzybków. W tym zakresie szczuplejszym, jako traktowane zwłaszcza w sposób przystępny dla początkujących, dziełko Hagera ma niezawodnie pewną wartość. Jeżeli autor sam wskazuje przyrodnikom inne źródła, to ze swéj strony musimy na samym wstępie położyć nacisk na to, że dla lekarza wcale się nie nadaje i wolelibyśmy, aby autor farmaceuta rzeczy lekarskich wcale się nie był dotknął, bo dziełko jego z pewnością byłoby na tem zyskało. Nie będąc bowiem lekarzem musiał autor zapożyczyć się u lekarzy i polegać na cudzem zdaniu, ilekroć porusza kwestyję w zakres lekarski wchodzącą. Tak n. p. rozdział o włosach jest opracowany całkiem według Dra Pfaffa i obfituje w te same błędy, których ten ostatni się dopuścił; nawet ów prawdziwy wąż morski, **kołtun**, jeszcze figuruje w książce w r. 1890 wydanéj, jako „właściwy okolicom nad Wisłą w Polsce,“ objaśniony nadto ryciną dla dodania wiary.

Czy tłomaczenie tego dziełka było na czasie? Bylibyśmy wprawdzie woleli, gdyby tłumacz był się radził lekarza, któryby był wyrugował rzeczy niepotrzebne, lub poprawił błędne, ale mimo to sądzimy, że książka nie będzie całkiem bezpożyteczną, głównie dla agronomów, gospodarzy i każdego człowieka wykształconego, który nie będąc przyrodnikiem lub lekarzem chce zapoznać się choć z grubsza z mikroskopem i jego użyciem i z rozległem znaczeniem tego przyrządu.

Tłomaczenie w ogóle wypadło wcale dobrze; przyznajemy, że wypadło nawet lepiéj, aniżeli się obawialiśmy; tem większa szkoda, że się przecie napotyka niektóre zwroty rażące; jak n. p. będzie wspomnianem przy badaniach mięsa (str. 8), pod kątem otworu rozumie się kąt (str. 12), dawszy więc do wyboru dwa mikroskopy, to pierwszy bardzo prędko odstawią na bok (str. 58), kto przyszedł do posiadania mikroskopu (str. 60), przykłada się szkiełkiem (str. 61), możliwie cienki (str. 63), zamienienie ich z ciałkami (str. 199), albo wyrazy „z moszny“ zam. z moszen, „chodowla“ zam. hodowla, „trzewiowa“ zam. trzewowa. Niesłusznie tłomacz utyskuje na brak w naszym języku wielu nazw naukowych; że on ich nie zna. nie idzie za tem, aby ich nie było, ale niekoniecznie mu jesteśmy wdzięczni za tworzenie ze swéj strony wyrazów nowych, jak „pasożytować“, „żywocić, żywocenie.“

W każdym razie uznania jest godnem, że p. Radwański nie szczędził czasu i trudu, aby wykonać rzecz użyteczną, a jeżeli jeszcze dodamy, że papier, druk i ryciny są piękne, prawie okazałe, to nie dopuścimy się przesady, jeżeli powiemy, że szan. tłomacz oddał usługę piśmiennictwu naszemu.

L. B.

M. Hay: **Die Kuhpockenimpfung in Deutschland, Holland, Belgien und Oesterreich.** Wien, M. Perles, 1890, in 8-vo Str. 97.

Autor dziełka pod powyższym tytułem, znany kierownik pierwszorzędnego zakładu krowiankowego we Wiedniu, zestawia spostrzeżenia czynione wśród podróży odbytych w Niemczech, Holandyi, Belgii i porównywa stosunki produkcyi krowianki i rezultaty osiągnięte przez szczepienia ze stosunkami w naszem państwie. Nie pierwszy to już raz zabiera H. głos w téj sprawie, poprzednio ogłaszane rozprawy jego przekonały dostatecznie, że H. należy do gruntownych znawców kwestyi w mowie będącéj, rezultaty zaś osiągane przy stosowaniu krowianki z jego zakładu dowiodły, że obok teoryi istnieje u niego taki zasób doświadczenia praktycznego, jakim nie wielu kierowników podobnych zakładów w państwie poszczycić się może.

Autor położył sobie za zadanie zbadać naocznie sposoby otrzymywania krowianki w Holandyi i Belgii, które porównywa ze sposobem powszechnie w Niemczech używanym. Wiadomo bowiem, że w pierwszych dwu krajach, gdzie nie istnieje przymus bezpośredni tak samo jak u nas, odbywają się szczepienia za pomocą krowianki rzeczywistéj (*Cow pox*), w Niemczech zaś, gdzie przymus bezpośredni istnieje od roku 1874, dopuszcza ustawa używanie tak zw. retrowakcynacyi. Według spostrzeżeń niemieckich wygasa siła krowianki rzeczywistéj w pokoleniach następnych, a Hay twierdzi, że wygasanie to nastaje wskutek szczepienia rozległych przestrzeni (*Flaechenimpfung*) praktykowanego w zakładach niemieckich, W Holandyi i Belgii wywoływa się u zwierząt tylko odosobnione pustuły, za tem idzie naturalnie mniejsza obfitość płonu i odmienny sposób zbierania, limfa jednak nie ulega zwyrodnieniu nawet w odległych pokoleniach. Zdaniem autora stanowi retrowakcynacyja tylko pewną odmianę szczepienia z ramienia na ramię i nie daje takiéj pewności w zapobieganiu powiklaniom jak szczepienie krowianką rzeczywistą (*Cow pox*).

Spostrzeżenia z zakładów berlińskich (Schultza i Pissina) drezdeńskiego, hamburgskiego i innych niemieckich i zakładów w Hadze, Harlemie, Roterdamie, Amsterdamie, Utrechcie i Brukseli zawierają nietylko szczegółowe opisy przyrządów i sposobów postępowania, lecz przedstawiają dokładnie koszta utrzymania zakładów, koszta i ilości limfy uzyskanéj, a nadto rezultaty osiągnięte przy szczepieniach. W osobnym artykule zestawia autor w krótkim zarysie dzieje szczepienia i zakładów krowiankowych w Austryi, reasumuje poglądy nabyte na podstawie swéj naukowéj wycieczki, w końcu zaś zestawia daty z własnego zakładu wiedeńskiego z ostatnich lat dziesięciu, wspominając tylko mimochodem o działalności swéj w tym kierunku w kraju naszym od roku 1873 do 1877.

Jakkolwiek dziełko niniejsze największe zainteresowanie wzbudzi zapewne w kierownikach zakładów krowiankowych, to bezwątpienia nikt z lekarzy, który je uważnie przeczyta nie pożałuje trudu, dla niejednego znajdą się tam szczegóły mniéj znane, a odnoszące się do przedmiotu o doniosłem znaczeniu i przyczynią się do rozszerzenia ogólnolekarskiego wykształcenia. *Dr. Schaitter.*

Choroby wewnętrzne.

Pavy (Londyn): **O rokowaniu w białkomoczu ze szczególnem uwzględnieniem zabezpieczenia na życie.**

Towarzystwa zabezpieczające kładą teraz wielką wagę na systematyczne badanie moczu osób, pragnących zabezpieczyć życie i zwykle odrzucają towarzystwa ich podanie, jeżeli w moczu znajduje się białko. Częstość jednak, z jaką obecnie uskuteczniа się rozbiory moczu, pouczyła, że w moczu znajdować się może białko mimo, że zdrowie nie jest nadwerężone i dla tego jest obowiązkiem lekarzy badać, czy obecność białka rzeczywiście stanowić musi przeszkodę w zabezpieczaniu życia. Białkomocz jest niekiedy stanem przemijającym. którego znaczenie zależy od przyrody przyczyny go wywołującéj. Z drugiéj strony może białkomocz być następstwem stosunków fizyjologicznych, jak n. p. zbyt silnego ruchu ciała, nagłego zaziębienia lub pod pewnemi warunkami przyjmowania pokarmów. Taki przemijający białkomocz nie powinien wykluczać ludzi od zabezpieczenia życia. Przypadki białkomoczu, nienależące do właśnie opisanego rodzaju, należy podzielić stósownie do ilości białka, na trzy grupy. W przypadkach, w których białko występuje tylko w pewnych porach dnia, musi rozstrzygnięcie zależeć od tego, czy istnieją równocześnie jeszcze inne pewne objawy choroby Brighta. Jeżeli znajdziemy tylko ślad białka, nie należy zaraz myśleć o chorobie nerek. W przypadkach nawet, w których stale znachodzi się dość znaczna ilość białka, zresztą jednak nie ma objawów choroby Brighta, wahałby się P. na pewno rokować; gdyż, jak przypuszcza, istnieją przypadki, w których późniéj nic poważnego się nie przyłącza, a nie można za pomocą naszych dotychczasowych sposobów badania odróżnić takich przypadków od tych, w których późniéj rozwija się choroba Brighta. Przypadki tak zw. okresowego białkomoczu, w których białko w pewnie oznaczonych okresach w moczu występuje i znowu znika, tworzą całkiem pewną i dobrze nacechowaną grupę. Trwają one często lata, nie prowadząc do ważniejszych objawów i pozwalają w ogóle dobrze rokować. (*Deut.-med. Woch.*, 1889, Nr. 35). *Dr. Baschkopf.*

Medycyna sądowa.

Dr. J. Misuraca (Palermo): **Przyczynki do badania plam krwawych.**

Autor, asystent przy zakładzie higijenicznym uniwersytetu w Palermie, w ciągu roku zeszłego ogłosił 3 rozprawki w tym przedmiocie:

1) W rozprawie p. t.: *Sulla produzione dei cristalli di emina del sangue in putrefazione* (osobna odbitka z *Annali di Chimica* Vol. X) dochodzi do wniosku, że krew płynna, gnijąca na powietrzu, traci po pewnym upływie czasu zdolność krystalizowania, ponieważ zgnilizna rozkłada hemoglobinę; czasu tego dokładnie oznaczyć nie można; średnio trwa on 3—4 miesięcy, ale może trwać i pół roku. Wogóle ciepłota jak wpływa na postęp zgnilizny, tak też wywołuje szybszą lub powolniejszą zatratę zdolności krystalizacyi krwi.

2) W rozprawie drugiéj p. t.: *Sull'azione dei colori derivati dal catrame sul sangue in rapporto alle produzione dell' emina* (osobna odbitka z *Bolletino della Societa d'Igiene di Palermo* Anno IV., 1889) zastanawia się nad wpływem, jaki wywierają barwiki zwłaszcza anilinowe na hemoglobinę i na zdolność jéj krystalizowania, jeżeli plamy krwawe znachodzą się na materyjach zabarwionych. Po licznych doświadczeniach za pomocą rozmaitych barwików anilinowych przekonał się M., że barwiki te nie przeszkadzają krystalizacyi hemoglobiny, że przeciwnie kryształki heminowe powstają o zwykłéj postaci, lecz rozmaicie zabarwione w miarę użytego barwika.

3) W rozprawie trzeciéj pod tyt.: *Sulla influenza dei colori derivati dal catrame sul sangue in rapporto alle indagini spettroscopiche* (odbitka z *Sicilia medica* 1889), która jest właściwie dalszym ciągiem drugiéj, zastanawia się M. nad obrazem widma, wywołanego przez rozczyny barw anilinowych czyste, jakoteż zmięszanych z rozczynem krwi. Pierwsze wywołują rozmaite widma, żaden z tych rozczynów atoli nie daje dwóch charakterystycznych pręg hemoglobiny; ostatnie nie dopuszczają pojawienia się tych smug hemoglobinowych, jeżeli są bardzo zgęszczone; pręgi dwie hemoglobinowe powstają atoli zaraz, jeżeli się rozczyn mocno rozcieńcza, gdyż krew wywołuje pręgi właściwe w rozczynie bardzo nawet rozcieńczonym, podczas gdy wtedy barwiki anilinowe już nie są w stanie zamącenia obrazu. Z tego powodu lekarz sądowy, mający badać ślady krwawe znajdujące się na przedmiocie zabarwionym, powinien posługiwać się badaniem widmowem dla stwierdzenia wypadku badania mikrochemicznego. *L. B.*

VI. Jubileusz prof. Jakubowskiego.

We czwartek d. 13 bm. lekarze tutejsi obchodzą jubileusz 25-letniéj działalności nauczycielskiéj prof. Jakubowskiego. Zanim zdamy sprawę z obchodu samego, pragniemy kilku przynajmniéj słowy skreślić zasługi szanown. Jubilata.

Maciéj Leon Jakubowski, wnuk Dra tych samych imion, a bratanek Józefa, protomedyka rzeczypospolitéj krakowskiéj, urodził się w Krakowie d. 2 marca 1837 r; w mieście rodzinnem pod opieką stryja kończył szkoły i w roku 1861 i 1862 osiągnął wszystkie stopnie lekarskie. Po ukończeniu studyjów bawił przez lat kilka za granicą, a mianowicie w Paryżu, Wiedniu i Pradze czeskiéj, poświęcając się pedyjatryi. W roku 1864 uzyskał w Uniw. Jagiell. *veniam legendi* z pedyjatryi, a w r. 1874 mianowany został nadzw. profesorem chorób dzieci. Jest on tym sposobem pierwszym docentem i profesorem pedyjatryi w Wydziale lek. Uniwersytetu naszego, w którym przedtem gałąź ta nauki lekarskiéj wcale nie była reprezentowaną. Jego zasługą jest, że przy poparciu X. Marceliny Czartoryskiéj zawiązawszy w Krakowie towarzystwo opieki szpitalnéj dla dzieci podał myśl założenia szpitala, który też wskutek hojnie napływających składek za jego głównie staraniem stanął i w r. 1876 otwartym został. Mianowany dyrektorem tego zakładu, postarał się o umieszczenie w nim i kliniki pedyjatrycznéj, oraz o ustanowienie przy niéj asystenta. Szpital św. Ludwika i klinika chorób dzieci — to okazały pomnik jego działalności, a koło tego szpitala obracają się wyłącznie wszystkie jego myśli, koło niego krzątą się niezmożenie, a jest to zakład, który nie tylko jest ozdobą miasta naszego, ale śmiało mógłby być chlubą każdego, nawet większego miasta. W ostatnich latach Jubilat urządził kolonije wakacyjne dla dzieci w Rabce, gdzie rokrocznie kilkadziesiąt dzieci korzysta z dobrodziejstwa pobytu wiejskiego, a w razie potrzeby i z kąpieli solankowych. Tym sposobem stawszy się dobrodziejem dziatwy choréj, cieszy się wdzięcznością i przywiązaniem matek przeważnie, a zacnością charakteru zasłużył sobie na poważanie społeczeństwa. Zabiegi jego i starania koło cierpiącéj młodéj ludzkości uznał N. Pan niedawno tem, odznaczając go orderem korony żelaznéj 3-ciéj kl. Jako nauczyciel gorliwy wykształcił kilka pokoleń lekarzy w specyjalności swéj, między którymi asystenci zwłaszcza jego używają wielkiéj wziętości w mieście naszem i całym kraju. Ci też wdzięczni uczniowie początkowali w urządzeniu jubileuszu, a myśl przez nich podana znalazła poklask i w szerszych kołach nielekarskich, które w obchodzie serdeczny wezmą udział. *L. B.*

Opis nowéj kliniki chirurgicznéj w Krakowie, tudzież kilka ogólnych uwag o stosownem urządzeniu kliniki chirurgicznéj.

Podał

Prof. L. Rydygier.

(Dok. Patrz Nr. 4).

Dodam jeszcze kilka uwag tyczących się oświetlenia sali operacyjnéj ze względu na zdanie wypowiedziane pod tym względem przez Billrotha (l. c.).

Nasza sala wykładowa jest zwrócona na północ. Światło wpada do niéj przez 9 wielkich okien tak, jak i Billroth żąda, poza słuchaczami z góry na dół na arenę i stół operacyjny.

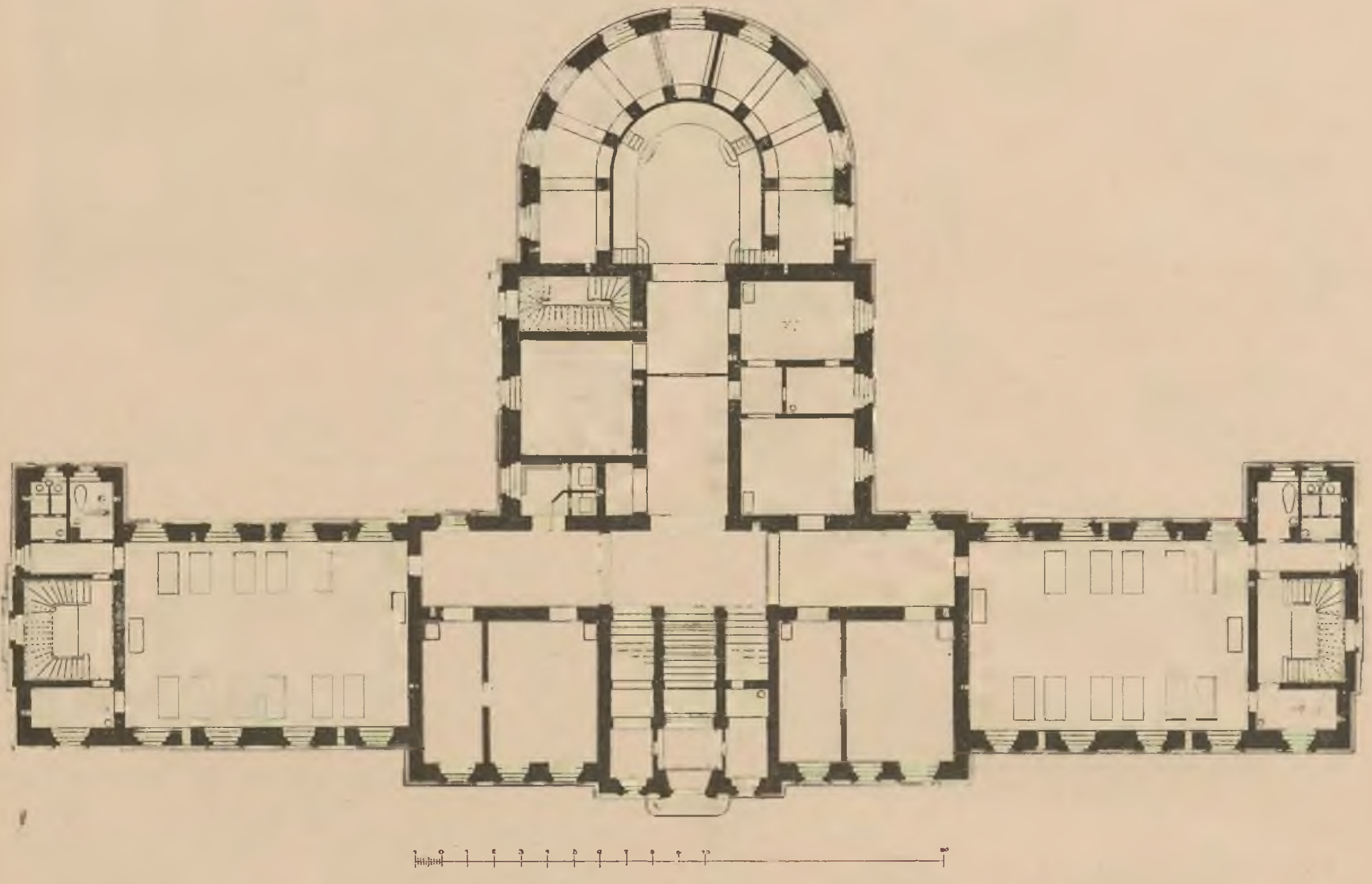
Co się tyczy światła górnego, to zdawało się nam, że ten sposób oświetlenia nie jest stosowny w naszym klimacie, a przytem dla nas zbyteczny, gdyż nas p. inżynier starszy Sare zapewniał, że będziemy mieli światła przez te 9 okien wpadającego ilość dostateczną. Doświadczenie zupełnie to potwierdziło, gdyż nawet podczas pochmurnych dni, których tyle było w ostatnim czasie, mieliśmy zawsze światła ilość dostateczną. Dla tego też nie uważam wielkiego aż do ziemi sięgającego okna naprzeciw stołu operacyjnego, jakiego żąda Billroth, nie tylko za niezbędne, ale nawet nie za konieczne. Wprawdzie słusznie zupełnie twierdzi Billroth, że dla niektórych operacyj jest światło horyzontalne bardzo korzystne, jak n. p. do operacyj w jamie ust i gynekologicznych, ale przecież sam przyznaje, że tych operacyj i tak uczniowie nie widzą, można je więc w osobnym pokoju bez uczniów wykonywać i w takim razie naturalnie chorego stosownie sobie ułożyć. Ale ja i przy tych operacyjach skarżyć się na brak światła nie mogłem. I tak w dniu pochmurnym wykonywałem na sali operacyjnéj bardzo wysokie wycięcie kiszki odchodowéj, a innego dnia stafilorafiję i uranoplastykę. Przy téj operacyi używałem do szwu igły Langenbecka i mogłem doskonale widzieć w tyle w ustach złoty haczyk do zawieszenia nitki.

Przytem wielkie okno, jakiego żąda Billroth, ma prócz innych szczególnie jednę wielką niedogodność, którą sam Billroth przyznaje, a mianowicie stanęłoby w miejscu, gdzie są najlepsze miejsca dla uczniów. Po obu stronach chorego stoi operator i asystenci i zasłaniają uczniom po bokach siedzącym; naprzeciw chorego siedzący uczniowie mogą jeszcze najlepiéj operacyję widzieć i te miejsca byłyby raz na zawsze zniesione. Z tego względu okna takiego pod żadnym warunkiem zalecać nie mogę.

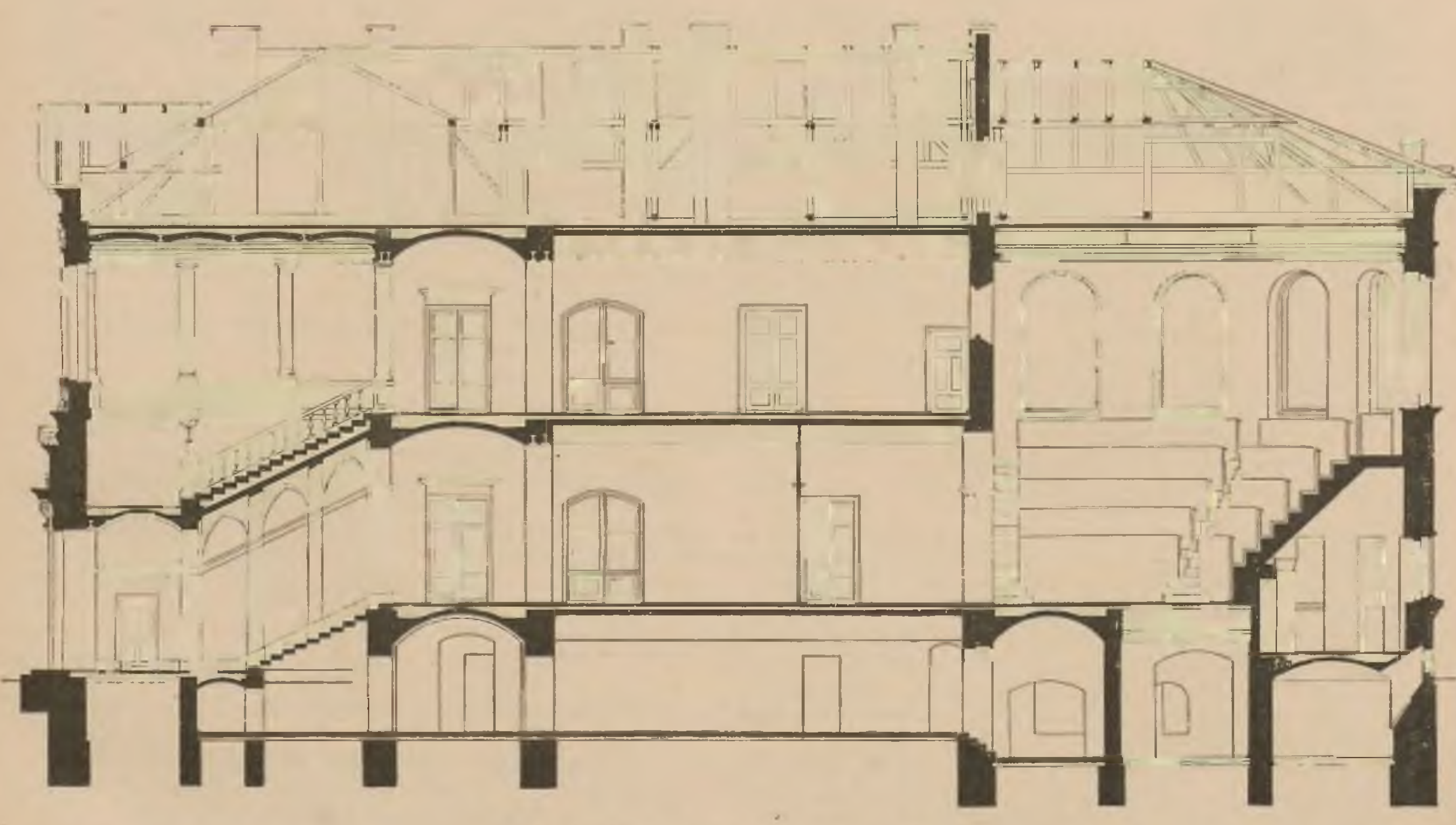
Jeszcze jedna uwaga tycząca się amfiteatru: powinien być dostatecznie spadzisty tak, żeby wyżéj siedzący mógł nie wstając ponad głową niżéj siedzącego wszystko widzieć. Nasz amfiteatr zaczyna się 1·05 metr. ponad posadzką areny, a idzie w górę do 3·85 metr.

Pod amfiteatrem można urządzić garderobę dla studentów, któréj nie ma w planie Billrotha, a nawet tak, jak u nas podzielić to miejsce na 2 części, z których w większéj urządzić garderobę, mniejszą zaś przeznaczyć do przechowania opatrunków i połączyć ją wprost z areną. To urzą-

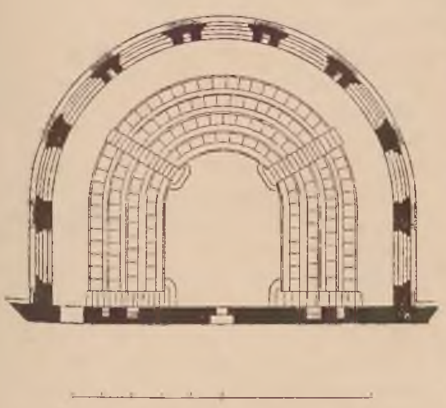
Sala wykładowa i operacyjna.



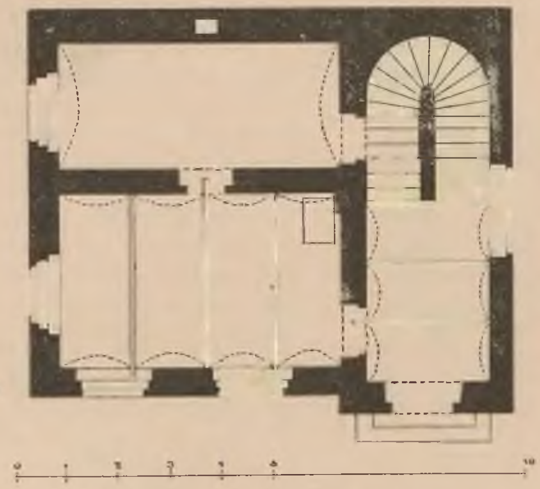
Sala chorych. Mieszkanie asystenta. Parter. Gabinet profesora. Sala chorych.



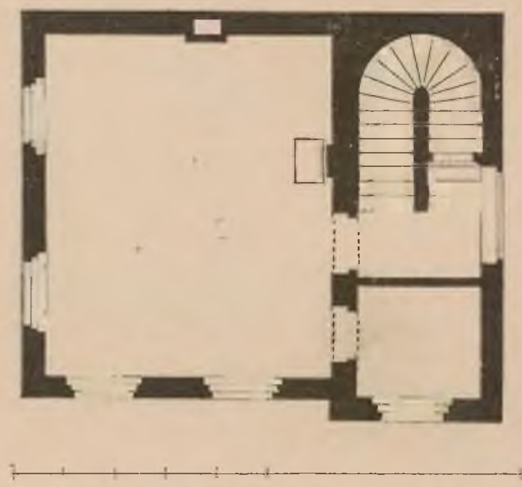
Przekrój pionowy.



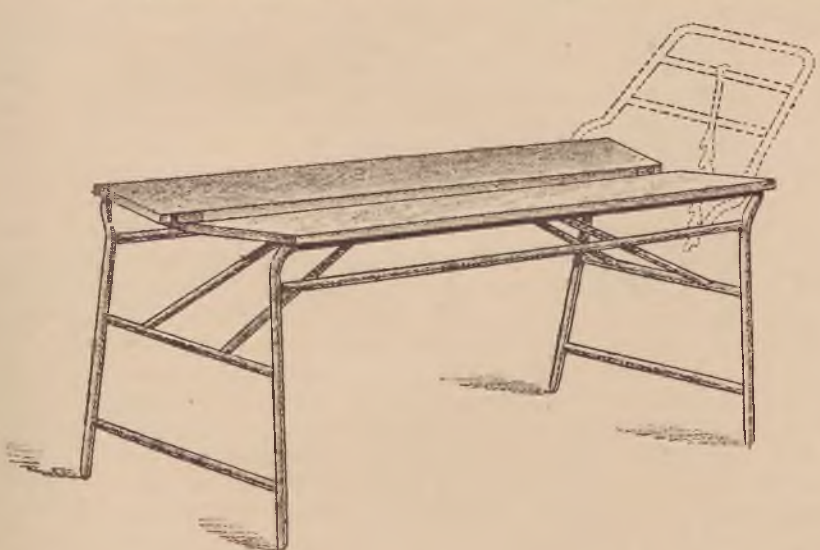
Sala wykładowa i operacyjna.

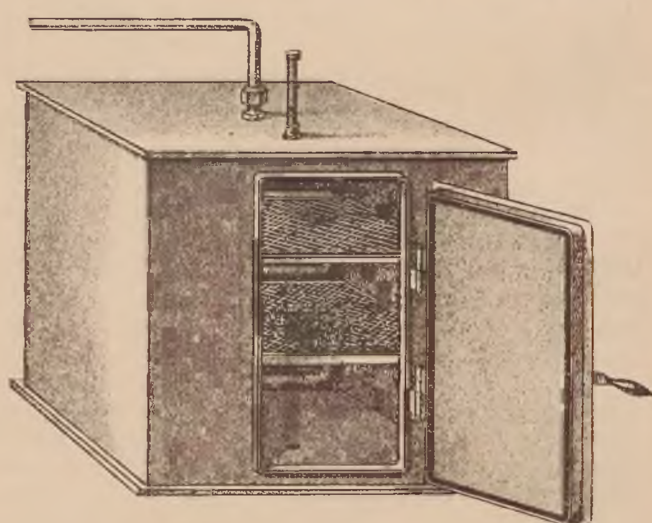


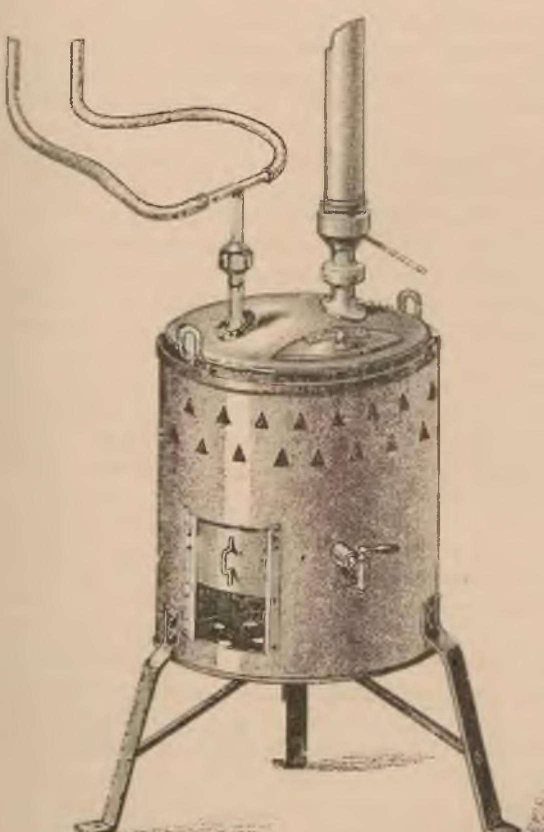
Pokoje operacyjne dla zwierząt.

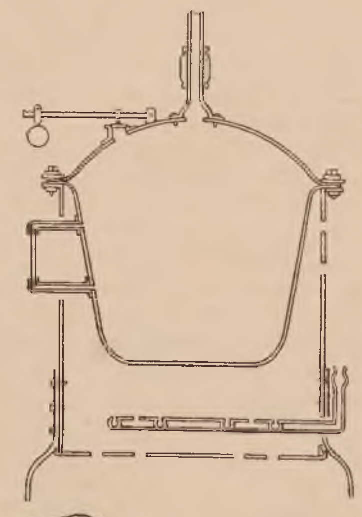


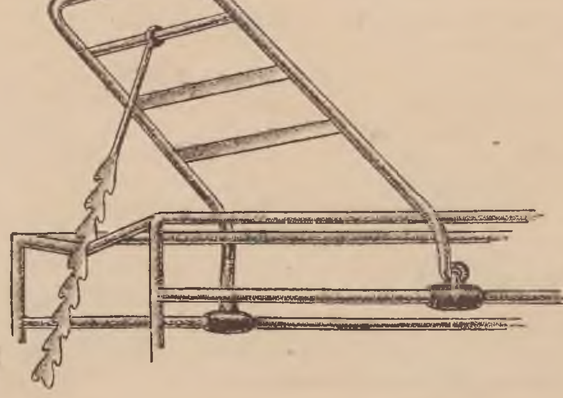
Pracownia histologiczna i bakteryjologiczna.



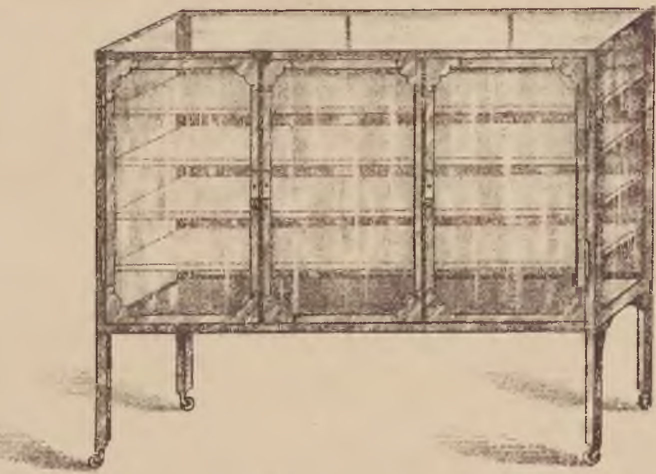












dzenie, jako też ustawienie sterylizatora tak jak u nas, zdaje mi się być daleko korzystniejsze, niż żądany przez Billrotha do przygotowywania i sterylizowania opatrunków pokój osobny, lecz oddzielony od sali wykładowéj korytarzem.

Drugi pokój operacyjny sąsiadujący z salą wykładową jest nie wielki i przeznaczony do zmieniania opatrunków i wykonywania mniejszych operacyj u chorych poliklinicznych. Ubikacyje przeznaczone dla ambulatoryjum są, o ile mi się zdaje, w ogóle w naszéj klinice bardzo dogodnie rozmieszczone.

Tuż przy głównem wejściu z drzwiami na korytarz znajduje się pokój poczekalny tak, że każdy chory łatwo może do niego trafić. Jednę ma wadę ten pokój, a mianowicie jest stanowczo za mały. Umieściliśmy w nim wprawdzie z wielką biedą 36 miejsc siedzących, ale w dniach, w których ilość chorych jest większa i te nie wystarczają, a wtenczas zaczynają chorzy wychodzić na korytarz, dzieci na korytarzu krzyczeć, brudzić i t. d., a na to przecież pozwolić nie można. To też nie pojmuję, że Billroth dla swego liczniejszego ambulatoryjum żąda tylko 34 miejsc siedzących. Z pokoju poczekalnego przechodzą chorzy przez mały korytarzyk do pokoju ordynacyjnego, który jest zarazem pokojem operacyjnym dla ambulatoryjum. Gdy chory zostanie zbadany, względnie opatrzony, przechodzi do pokoiku przeznaczonego do ubierania się. Tam się ubiera i z pokoiku tego wychodzi przez maleńki korytarzyk na główny korytarz, tymczasem zaś można drugiego chorego z ambulatoryjum wprowadzić i w ten sposób bez straty czasu na czekanie, aż się chory ubierze, bez osobnych pokoi do badania kobiet i mężczyzn można jednych i drugich po kolei odprawiać, badać i opatrywać. Osobne pokoje do badania kobiet i mężczyzn są naturalnie jeszcze dogodniejsze, ale nie mieliśmy miejsca na to.

Również z powodu braku miejsca nie mamy osobnego pokoju do badań laryngoskopijnych i innych, które trzeba w ciemnym pokoju wykonywać. Do tego musimy używać także pokoiku wyżéj wspomnianego, służącego do ubierania się chorych. Pokoik ten daje się zupełnie zaciemnić. Jeśli potrzeba którego z chorych ambulatoryjnych przedstawić na wykładzie, to można go wprost z pokoju ambulatoryjnego do sali wykładowej wprowadzić. Przez to urządzenie jest ambulatoryjum w ścisłym związku z kliniką stałą, co zgodnie z Billrothem uważam za konieczne.

Trzeci pokój operacyjny, przeznaczony głównie dla laparotomii, jest urządzony zupełnie według zasad Neubera. Ściany w nim są zupełnie gładkie, rogi i kąty wygładzone; narzędzia są w zagłębieniu w ścianie na szklanych płytach poukładane: stół operacyjny zupełnie prosty z żelaza i szkła bez części głowowéj; stół opatrunkowy także z żelaza i szkła; przy ścianie 2 tafle szklane zamiast stołów; ponad trzecią taflą, na któréj stoi miednica, znajdują się 2 kurki, jeden dla ciepłéj, drugi dla zimnéj wody. Wodę użytą do umycia wylewa się na podłogę, a z niéj wszystko odpływa przez krótką, bo tylko zewnętrzną ścianę przebijającą szklaną rurę grubości ręki, do rury ściekowéj na zewnętrznéj stronie muru umieszczonéj. Gdyby się w tejże miały wywiązywać szkodliwe gazy kanałowe, toby szły w górę po ścianie zewnętrznéj, a nie do pokoju operacyjnego (Neuber). Drzwi i odrzwia są zupełnie gładkie bez wszelkich zagłębień. Okno składa się z szyby lustrowéj 2·60 metr. wysokiéj, 1·40 metr. szerokiéj, osadzonéj w żelaznéj ramie. Parapet przy oknie jest także przykryty taflą szklaną. O ile to więc w ogóle możliwe urządzone tu wszystko tak, ażeby nigdzie nie mogły zarazki się gnieździć i wszystko dało się łatwo i najdokładniéj oczyścić.

Z czterech wielkich sal dla chorych jest każda przeznaczona na 12 łóżek i ma około 45 kub. metr. przestrzeni powietrznéj dla łóżka. Łóżka są zrobione według wzoru łóżek, używanych w klinice Bergmanna, są one stanowczo lepsze, niż nasze dawniejsze.

Szafeczki nocne są całe z żelaza i zupełnie otwarte, aby chorzy nie mogli w nich przechowywać reszt pokarmów i w ogóle zawsze musiały być czyste. W środku sali stoi duży stół z szafkami do dołu sięgającemi; szafki te służą do przechowywania bielizny do codziennego użytku przeznaczonéj.

Wentylacyja sal chorych jest naturalną; w ścianach zewnętrznych są kanały, któremi świeże powietrze do sal wchodzi, w środkowych zaś kanały, przez które powietrze zepsute ponad dach uchodzi: w tychże są umieszczone palniki gazowe. Prócz tego służą do wprowadzenia świeżego powietrza górne części okien, które się dają na horyzontalnéj osi obracać. Ogrzane są sale chorych za pomocą pieców kaflowych po 2 w każdéj sali, sala wykładowa zaś, operacyjna dla laparotomij i korytarze ogrzane są za pomocą gorącego powietrza, wytwarzanego w kaloryferze umieszczonym w suterynach. Posadzka jest wszędzie równa bez żadnych progów między salami chorych a korytarzem tak, że chorzy mogą bez żadnego wstrząśnienia do sali wykładowéj razem z łóżkiem za pomocą stosownie urządzonego łóżka być przewiezieni. Do zwożenia chorych z piętra na dół służy winda, tem bardziéj dla nas konieczna, gdyż chorych nie tylko do operacyi, ale i do opatrunku do sali operacyjnéj zwozimy. Opatrywanie bowiem w salach chorych zupełnie u nas zniesione, gdyż uważałem je najpierw za nieludzkie, bo po co ma 11 chorych słuchać narzekań 12-tego i w trwodze własnego opatrunku czekać, a po drugie nie zgadza się to z zasadami wzorowéj czystości. Sala operacyjna daje się cała dobrze wyczyścić i spłukać, sali zaś chorych, gdzie stoją łóżka z chorymi i inne sprzęty, nie można już tak dokładnie czyścić, a więc nie można i ręczyć, czyby gdzie trochę ropy lub t.p. nie zostało.

Przy każdéj wielkiéj sali chorych jest łazienka, 2 klozety i kuchenka podręczna z aparatem gazowym do gotowania. Im bliżéj sali chorych łazienka, tem jest lepiéj. Dla pokoi osobnych (separatek) nie można było niestety osobnéj łazienki urządzić.

Posługacze i posługaczki śpią w salach chorych, mają jednakże po jednym pokoju w suterynach, aby tam mogli mieć swoje rzeczy i mieszkanie w razie, gdyby nam przyznano prawo trzymania przynajmniéj jednego posługacza i jednéj posługaczki rezerwowéj. Tego się spodziewamy i uważamy to za konieczne, gdyż nie można żądać od człowieka, aby pracował dzień i noc przez rok cały bez wytchnienia za tak lichą płacę.

Prócz czterech sal wielkich mamy 5 pokoi osobnych dla chorych: 3 dla 3—4 chorych, 2 dla 1—2 chorych. Najmniejszy z tych pokoi ma być używany do ewentualnego odosobnienia przypadków ropnicy, róży i t. p. Drugi większy przeznaczony dla chorych z cuchnącemi ranami, jak to się zdarza przy chorobach odbytnicy, pęcherza itp., których czasem odwietrzyć i bezwonnemi uczynić w żaden sposób nie można. Pozostałe 3 przeznaczone dla chorych po ciężkich operacyjach, potrzebujących więcéj spokoju.

W suterynach są mieszkania dla służby i kuchnia rezerwowa (jedzenie gotuje się w starych klinikach i przewozi w ogrzewanym wózku), muzeum, kaloryfer, motor gazowy, pompa, maszyna elektro-dynamiczna i 2 łazienki (dla dyrektora i asystentów). Dla muzeum nie jest miejsce w suterynach najstosowniejszem, pokój ten jednak jest duży, nieźle oświetlony i suchy. Na górze zaś nie mieliśmy pokoju dla umieszczenia muzeum, chyba byśmy byli musieli obrócić

na to największy pokój osobny, przez co byśmy byli i tak szczupłą liczbę łóżek jeszcze o 4 zmniejszyli.

Tak więc, jak szan. czytelnicy widzą, klinika nasza jest w ogóle bardzo praktycznie i dobrze urządzona, jednak ma jednę wadę i to znaczną, t. j. nie ma drugiéj mniejszéj sali wykładowéj dla wykładów teoretycznych. Naumyślnie nie nazywam jéj jak Billroth „salą dla kursów“, bo brak u nas gospodarstwa kursowego nie uważam za nieszczęście (chociaż i u nas dają pierwsi asystenci kursa), z drugiéj jednak strony uważam za wielki brak w nauce lekarskiéj w Austryi to, że tak mało jest uwzględniona potrzeba systematycznych wykładów teoretycznych. Wskutek tego urządzenia przychodzą do kliniki chirurgicznéj uczniowie, którzy nie mają pojęcia o chorobach chirurgicznych. O ile wiem, to w innych klinikach też nie jest lepiéj. Wprawdzie w spisie wykładów stoi: „klinika chirurgiczna z wykładem patologii i terapii szczegółowéj,“ ale te wykłady teoretyczne odbywają się albo przy sposobności przedstawienia odpowiedniego przypadku, albo też raz lub dwa razy tygodniowo i rozdzielone są wtenczas na cztery półrocza tak, że uczniowie nigdy nie usłyszą całości, a przynajmniéj w związku ze sobą. Gdyby nawet profesor wyjątkowo ściśle teoryję wykładał i wszystkie części uwzględnił, to i tak dopiero z końcem czwartego półrocza słyszałby uczeń wszystko, a przecież powinien mieć przynajmniéj ogólne pojęcie o wszystkiem w chwili, gdy wstępuje do kliniki. W Niemczech odbywają się osobno teoretyczne wykłady chirurgii szczegółowéj i uczniowie słuchają ich przed zapisaniem się na klinikę. To urządzenie, o ile mi się zdaje, jest daleko lepsze. U nas starają się temu w ten sposób zaradzić, że profesorowie i docenci wykładają niektóre poszczególne działy chirurgii, ale uczniowie zapisują się na te wykłady także dopiero równocześnie z zapisaniem się na klinikę i to niezbyt licznie.

Przynajmniéj ogólną chirurgiję powinni uczniowie słuchać przed przyjściem do kliniki, łatwiéj by bowiem uczeń zrozumiał każdy przypadek, gdyby miał pewne ogólne pojęcie o istocie i przyczynach chorób chirurgicznych, gdyby przedtem poznał objawy i leczenie grup chorobowych. Wykłady takie można uczynić bardzo interesującemi przez wykonywanie podczas nich doświadczeń, pokazywanie preparatów i t. d., a nigdy nie może ich zastąpić nawet najlepsza książka. Do tych wykładów powinna być osobna sala wykładowa, bo najpierw słusznie Billroth twierdzi, że jest nieprzyjemnie w wielkiéj sali wykładać dla jakich 30—50 słuchaczy, a po drugie uważam za niestosowne wnoszenie anatomicznych preparatów do sali operacyjnéj, a wreszcie musi przecież być czas do wymycia i wywietrzenia sali wykładowéj. U nas trwają operacyje jeszcze po wykładzie do 3 godzin, czasem i dłużéj. Pomiędzy 5—7 zmienia się opatrunki u chorych klinicznych częściowo w pokoju dla ambulatoryjum, częściowo w sali wykładowéj, tak więc absolutnie nie ma czasu w téj sali mieć wykłady teoretyczne.

A przecież jeszcze i z tem trzeba się liczyć, że mogą każdéj chwili przywieźć do kliniki chorego, u którego trzeba natychmiast operacyję wykonać (uwięźnięta przepuklina, rany postrzałowe, złamania i t. p.). Znowu by się wykładającemu przeszkadzało.

Z tych powodów wykłady teoretyczne odbywają się obecnie w innym budynku, n. p. w sali wykładowéj kliniki wewnętrznéj. U nas nie da się już ten błąd naprawić, wspominam o nim tylko dla tego, żeby go uniknąć przy innych nowych budowlach.

Obok kliniki stoi, jak już wyżéj powiedziałem, nasz budynek do doświadczeń. Przy obecnym stanie naszéj nauki uważam za konieczne, żeby klinika chirurgiczna miała osobne ubikacyje do przetrzymywania i operowania zwierząt, tudzież do badań histologicznych i bakteryjologicznych. Przy budowie tego budynku przedewszystkiem zważaliśmy na to, żeby szczekania i wycia psów jak najmniéj było słychać. Dla tego pokój służący do przechowywania psów oddzielony jest z jednéj strony podwójnym murem, z drugiéj oprócz grubego muru jest jeszcze pokój operacyjny między nim a ogrodem. Z tego też powodu ma tylko jedno małe okrągłe, wysoko umieszczone okno; wentylacyja odbywa się przez szeroki komin, podłoga jest z cementu, aby ją można łatwo czyścić.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, dnia 13 marca. Dziś o godzinie 11 przedpołudniem odbyła się w auli uniwersyteckiéj uroczystość jubileuszowa prof. Jakubowskiego. Już przed 11-tą sala obszerna była zapełnioną przez lekarzy i uczniów; nadto przybyły liczne panie oraz reprezentanci rozmaitych stanów i towarzystw, z pośród których wymienimy tylko: prezydenta miasta, prezesa Akademii, Senat akademicki z rektorem na czele, Wydział lekarski z dziekanem swoim, prezesa Tow. lek. itd. Po wprowadzeniu Jubilata do auli i przywitaniu go przez chór akademicki, przewodniczący komitetu kol. Kwaśnicki serdeczną miał przemowę do niego; po nim zabrał głos rektor Uniw. Jagiell., następnie dziekan Wydziału lek., prezes Tow. lekarskiego krak., ofiarując mu dyplom na członka honorowego, dyrektor szpitala św. Łazarza Dr. Harajewicz; po nich w imieniu delegacyi Tow. opieki szpitalnéj dla dzieci przemawiał Prezydent miasta, ofiarując Jubilatowi imieniem tego Towarzystwa w upominku pięknie wyrobiony kałamarz srebrny, z kolei prym. Paszkowski mówił w imieniu uczniów, a kończąc odsłonił portret Jubilata, przeznaczony dla sali wykładowéj szpitala św. Ludwika, pędzla znakomitego naszego portrecisty p. Pochwalskiego; Dr. Pawlas, były asystent w imieniu asystentów, kand. med. Rogojski w imieniu obecnych uczniów, a wreszcie kand. med. Kosiński w imieniu Stowarzyszenia biblijoteki medyków ofiarując dyplom honorowy. Za wszystkie te życzenia prof. Jakubowski dziękował w pięknem i serdecznem przemówieniu. O godz. wpół do 1-éj zakończyła się piękna uroczystość w auli a o godz. 7-éj wieczorem odbędzie się w Grand Hotelu uczta składkowa.

* W sprawie izb lekarskich deputacyja Związku stowarzyszeń lekarskich austr., złożona z przewodniczącego radzcy rządowego Dra Gaustera i sekretarza Dra Kohna udała się dnia 5 b. m. do prezydenta ministrów hr. Taaffego; sprawa ta przez komisyję sanitarną w Radzie Państwa oddaną została jednemu z członków do referatu i zapewne niezadługo przyjdzie pod obrady pełnéj Izby. Pan Minister oświadczył, że zasadniczo niema nic przeciw utworzeniu Izb. Doznawszy życzliwego przyjęcia u hr. Taaffego, deputacyja udała się następnie do szefa sekcyi Erba i referenta sanitarnego Dra Kussego, którzy przyrzekli poprzeć sprawę.

* W wykonaniu uchwały 5-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich zawiązało się we Lwowie „Towarzystwo przyjaciół zdrowia“, którego statut dnia 25 lutego rb. uzyskał potwierdzenie Namiestnictwa. Towarzystwo to nie jest bynajmniéj konkurencyjne wobec podobnego towarzystwa w Krakowie istniejącego, lecz owszem obydwa wzajemnie popierać się będą; nie będzie też Towarzystwo lwowskie wydawać osobnego czasopisma, lecz co najwięcéj pisma ulotne treści higienicznéj. Różni ono się od krakowskiego pod tym względem, że według § 5, ustępu a), do pocztu członków czynnych należeć mogą nietylko poszczególne osoby płci obojéj, lecz i całe gminy i towarzystwa, z których pierwsze pełnią obowiązki przez swych urzędowych przedstawicieli, ostatnie zaś przez wybranych delegatów. Członek czynny opłaca wkładkę wstępną 50 ct. i roczną w kwocie 2 złr., a kto złoży jednorazowo 50 zlr. na cele Towarzystwa, staje się członkiem czynnym dożywotnim. Towarzystwu nowo powstającemu, koło którego powstania krzątał się gorliwie obecny p. protomedyk, w interesie zdrowia ogólnego kraju życzymy najlepszego powodzenia.

* Zasłużony prof. medycyny sądowéj w Uniw. niemieckim w Pradze, Dr. Józef Maschka, obchodził dnia 5 b. m. 70-te swe imieniny, przy któréj to sposobności koledy w Wydziale, lekarze i studenci wynurzyli mu serdeczne życzenia.

* Na ostatniem posiedzeniu Rady m. Krakowa mianowany został lekarzem okręgowym miejskim Dr. Ignacy Schaitter, asystent przy katedrze medycyny sądowéj i lekarz sądowy.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin**. Prof. pedyjatryi tajny radzca Henoch obchodzi w lipcu urodziny swe 70-te. — **Bern**. Docent Dr. Karol Girard mianowany został profesorem chirurgii. — **Padwa**. Dr. Toicomi z Rzymu mianowany został profesorem propaideut. kliniki chirurgicznéj. — **Piza**. Dr.

Tonsino habilitował się jako docent parazytologii. — **Lipsk.** Prof. anatomii His za prace swoje embryjologiczne otrzymał nagrodę Riberiego w Turynie w kwocie 20,000 franków; ze sumy tej His przeznaczył czwartą część na stypendyja dla dwóch uczniów medycyny w Turynie. — **Petersburg.** Prof. farmakologii Suszczyński przeszedł w stan spoczynku, a zastępuje go docent Popow. — Docent w Uniw. dorpackim Dr. Openchowski mianowany został konsultantem w zakładzie klinicznym W. X. Heleny Pawłowny. — **Tomsk.** Prosektor petersburski Dr. Albicki mianowany profesorem patologii ogólnéj.

* **Wiadomości osobowe.** Starszy lekarz Dr. Tadeusz Czyszczan przeniesiony do 10-go pułku dragonów we Wiedniu.

Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Feliks Bielewicz, rodem z Gorlic, Jan Zbiegniewicz, rodem z Krzywczy i Antoni Feliks Stasina z Rozdołu w Galicyi.

Zmarli: w Berlinie Dr. Paweł Niemayer, znany autor kilku podręczników lekarskich; b. prosektor w Dorpacie Dr. Adam Wikczemski, rodem z Wilna.

Sprostowanie. W Nrze 10 na str. 131 w sprawozdaniu z pracy Landerera wiersz 3 od góry zam. antiseptycznych ma być aseptycznych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie dnia 5-go b. m. o godzinie 6-téj po południu w gmachu kliniki chorób wewnętrznych w dawnéj sali wykładowéj kliniki chirurgicznéj posiedzenie zwyczajne, na którem: 1) kol. Rydygier mówić będzie o etyjologii torbieli mlecznych. 2) kol. Obaliński przedstawi chorego wyleczonego z przetoki cewkoodbytnicowéj i poczyni uwagi nad metodą operacyjną w tym celu użytą. 3) wnioski komitetu Tow. i członków. 4) kol. Pieniążek mówić będzie o ropotoku Stoerka.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Apteka pod „ZŁOTYM SŁONIEM“ w Krakowie

(ul. Grodzka l. 22.)

utrzymuje stale na składzie wszelkie przetwory, odczynniki i barwiki anilinowe, używane w mikroskopii i bakteryjologii; odczynniki chemicznie czyste, olejki eteryczne, balzamy, żywice, lakiery oraz szkiełka nakrywkowe, przedmiotowe i epruwetki (rurki odczynnikowe) i t. p. Osobne cenniki tych przetworów rozsyła się na żądanie bezpłatnie i franco.

O czem mając zaszczyt zawiadomić, polecam się względom interesowanych. 4—16—9 **E. Stockmar.**

FRANCENSBAD

(w Czechach)

Sezon od I. Maja do I. Października.

Stacyja Buštěhradzkiéj, król. saskiéj i król. bawarskiéj kolei żelaznéj. Bezpośrednie połączenie ze wszystkiemi głównemi miastami europejskiemi (pociągi kuryjerskie, wagony sypialne).

Alkaliczno-glauberskie szczawy żelaziste od najsłabszych do najsilniejszych; źródła stalowe w składniki obfite nie wywołujące zaburzeń żołądkowych; kąpiele mineralne i stalowe w bezwodnik węglowy obfitujące, według metody Pfriema i Schwarza. Kąpiele gazowe z bezwodnika węglowego; kąpiele błotne ze znanego od dawna, słynnego solno-żelazistego błota francensbadzkiego, które pod względem działania leczniczego przewyższa wszystkie inne błota (Frerichs-Seegen i t. d.). Posiada czyste wzmacniające powietrze górskie, leży 450 metrów po nad poziomem morza Niemieckiego, posiada rozległe parki i cieniste aleje, odpowiednie urządzenia do picia wody źródlanéj, cztery duże zakłady kąpielowe, urządzone z komfortem według najnowszych balneo-technicznych zasad, zakład wodoleczniczy, kąpiele rzymsko-irlandzkie i parowe rosyjskie.

Wskazania: Niedokrewność, bladaczka, białaczka, zołzy, gnilec, charłactwo zimnicze i metaliczne, opóźniona rekonwalescencyja, nieżyty chroniczne narządu oddechowego, pokarmowego i moczopłciowego; zboczenia w układzie żyły wrotnéj i w narządach gruczołowych brzusznych, osłabienie siły trawienia, nawykowe zaparcie stolca, przewlekłe choroby nerwowe, przewlekłe wypociny w workach surowiczych, w miąższu narządów, jak również po urazowych zranieniach, przewlekły gościec stawowy, dna, dyjateza moczowa, choroby narządów moczo-płciowych, szczególnie choroby kobiece, przewlekłe choroby skórne u osób zołzowatych, nerwowych i charłaczych.

Wreszcie nadaje się Francensbad do leczenia następowego po osłabiającéj kuracyi w Karlsbadzie, Maryjenbadzie, Kissingen, Kreuznach.

Prospekty bezpłatnie. 26—5—1

Wszelkich bliższych objaśnień udziela najchętniéj:

Zarząd kąpielowy „Bürgermeisteramt als Curverwaltung.“

NAJSKUTECZNIEJSZA PRZECZYSZCZAJĄCA
WODA GORZKA

FRANCISZKA JÓZEFA

Analizowana przez Ballego i Bernatha w Budapeszcie, Boutmego i Akademię medyczną w Paryżu, Attfielda w Londynie, Fehlinga w Stuttgardzie, Bazzonego w Medyolanie; Puttemannsego w Bruxelli; wypróbowana i ze szczególnym skutkiem używana przez najznakomitszych lekarzy, jak: Bamberga, Brauna, Breiskiego, Gerhardta, Hirsza, Immermanna, Kussmaula, Landenbergera, Laidesdorfa, Leubego, Meynerta, Nussbauma, Scanzoniego, Winkela i t. d., poleca się jako najskuteczniejsza z wód gorzkich naturalnych.

Najlepsza z wód czyszczących naturalnych uważana jako najskuteczniejsza i wyższa od wszystkich wód gorzkich znanych dotychczas, od wszystkich akademii lekarskich polecana jako mająca siłę czyszczenia energicznego i łagodnego do używania na czas dłuższy bez narażenia zdrowia nie drażniąc żołądka.

Orzeczenie lekarskie o Wodzie gorzkiej Franciszka Józefa.

Dra Józ. Rose w Warszawie:
„Wodę ze źródła Franciszka Józefa przepisuję często, jako środek zlekka a niezawodnie działający.“

Dra Apte w Warszawie:
„Jest bardzo dobrze skutkującym i zarazem chłodzącym środkiem rozwalniającym.“

Dra Józ. Stummer w Warszawie:
„Wodę gorzką Franciszka Józefa w praktyce używam bardzo często jako środek łagodnie czyszczący z niezawodnym skutkiem.“

Dra Leopolda Weitzenbluta w Warszawie:
„Ze wszystkich źródeł gorzkich Franz Joseph-Quelle, okazała się jako najbardziej skuteczna i może być używaną dłuższy czas nie drażniąc żołądka.“

Dra Władysława Kryże w Warszawie:
„Wody gorzkiej ze źródła Franciszka Józefa, jako środka czyszczącego, używam szczególniej przy potrzebie użycia jej przez czas dłuższy.“

Dra Maksymiljana Hertz w Warszawie:
„Woda gorzka Franciszka Józefa, w małych nawet ilościach okazała się bardzo skuteczną.“

Radca zdr. Dr. Kaczorowski w Poznaniu:
Dyrektor domu chorych pisze: „woda ta gorzka okazuje się w stosunkowo małych dozach jako pewny i bez bolu działający środek i może bez szczególnego dyetycznego zachowania się być trwale używana z równie dobrym skutkiem.“

Radca med. Dr. Rehfeld w Poznaniu:
„Jako znakomity środek przeczyszczający sumiennie polecić mogę.“

Dr. Głowacki we Lwowie:
Dyrektor szpitala: „Według otrzymanych rezultatów na oddziałach szpitala powszechnego, stwierdzam, że woda gorzka „Franciszka Józefa“ zasługuje na szczególne uwzględnienie, jako pewny i łagodnie działający środek przeczyszczający.“

Profesor Dr. Madurowicz w Krakowie:
W cierpieniach połogowych i ginekologicznych woda gorzka „Franciszka Józefa“ sprawia w małych nawet dawkach niezawodny, szybki i niebolesnie działający skutek.

Dr. Stella Sawicki we Lwowie, inspektor szpitali krajowych:
„Po bardzo sumiennem badaniu różnych rozwalniających wód mineralnych, stwierdzam, iż woda gorzka „Franciszka Józefa“ ze względu, że w małych nawet ilościach skutecznie, prędko i niebolesnie działa, do najlepszych wód mineralnych gorzkich należy.

Dr. Sciborowski w Krakowie prezes Towarzystwa lekarskiego:
Wodę gorzką „Franciszka Józefa„ używałem z wybornym skutkiem, w tych przypadkach chorób, w których wody gorzkie są wskazane.“

Dr. Warschauer w Krakowie, członek Akademii Umiejętności:
Woda gorzka „Franciszka Józefa“ użyta w miernych dawkach, okazała mi się w rozlicznych chorobach jako środek lekarski nader skuteczny, łagodnie rozwalniający, mogę ją też jak najgoręcej polecać.

Radca nadworny Pr. Dr. Skibiński w Czerniowcach:
„W małych dawkach użyta sprowadza bez bolów łatwy stolec i z tej przyczyny poleca się takową także kobietom w stanie ciężarnym, w połogu lub innych słabościach kobiecych, jeżeli tego potrzeba wymaga.“ 5—10—6

Woda Franciszka Józefa znajduje się we wszystkich aptekach i składach wód mineralnych.

Dyrekcya rozsyłki
wody gorzkiej Franciszka Józefa w Budapeszcie.

Oberbrunnen

Woda mineralna znana od r. 1601. Szczególnie skuteczna w chorobach narządów oddechania i żołądka, przy skrofulozie, w cierpieniach nerek i pęcherza, w dnie, krwawnicach i cukrzycy.

Rozsełka książęcych wód mineralnych Obersalzbrunnen:

Furbach et Strieboll 1—26—3

Skład we wszystkich aptekach i handlach wód mineralnych.

Kurort Salzbrunn-Schlesien.
Kursaison vom 1. Mai bis Ende September.

APTEKARZA RADLAUERA

SOMNAL,

najnowszy, najskuteczniejszy i najnieszkodliwszy środek nasenny, sprowadza w dawkach od 2 do 3 grm, najlepiej w mięszance z dodatkiem Solut. Succi Liquirit. już w ½ godziny po zażyciu sen spokojny, od 6—8 godzin trwający bez wszelkich nieprzyjemnych następowych skutków ubocznych. Środek ten z pomyślnym skutkiem jest używany w szpitalu miejskim Moabit, w królewskiej poliklinice uniwersyteckiej Pana Profesora Dr. Senatora, w królewskiej Charité w Berlinie, w cesarskim szpitalu wojskowym we Wiedniu jak również w zakładach dla obłąkanych w Leubus, Sorau, Bazylei, Wiedniu, Schubin.

Prospekty bezpłatnie. 100,₀ grm. kosztuje 5 marek. Jedyna fabryka: **S. Radlauer's Kronen-Apotheke Berlin W.** Friedrichstrasse 160. 23—6—3

Można nabyć prawie we wszystkich aptekach w Krakowie.

DOM ZDROWIA

konces. przez Wys. c. k. Namiestnictwo galicyjskie

ZAKŁAD LECZNICZY PRYWATNY

Dra Jana Gwiazdomorskiego

w Krakowie przy ulicy Łobzowskiej pod Nr. 32, 27—43—2

dom narożni,

w nowym, wyłącznie na cele lecznicze według wymagań nowoczesnej higijeny stawianym budynku.

Przyjmuje chorych obojej płci na wszelkiego rodzaju choroby, wykonania operacyj itd, **z wykluczeniem chorób zaraźliwych i umysłowych.** — Pokoje dla chorych należycie wentylowane, obszerne, z komfortem urządzone. — Korytarze i schody zimą opalone. — Czytelnia. — Osobna sala operacyjna. — W lecie ogród spacerowy dla chorych.

Staranna opieka i wszelkie wygody zapewnione. - Wszelkie kąpiele w miejscu.

Ceny wraz z opieką lekarską i zupełnem utrzymaniem, apteką i kosztami opatrunków chirurgicznych od 4 złr. do 7 złr. na dobę

Prospekta na żądanie przesyła się. — Ustnych wyjaśnień udziela na miejscu lekarz i właściciel zakładu.



WODY MINERALNE SZTUCZNE

tańsze o 50—70% od rodzimych

i specyalne lecznicze

wyrabiane w Konc. Zakładzie fabrycznym

K. RZĄCY i CHMURSKIEGO

W KRAKOWIE.

Woda Selterska we flaszkach zawierających 2½ szklanki. Flaszka 18 ct., Syfon 10 ct.

Woda Vichy odpowiadająca składem zdrojom Grande-Grille i Celestins, we flaszkach dużych po 5 szklanek i małych po 2½ szklanki. Duża flaszka 40 ct. mała 25 ct.

Woda Bilińska we flaszkach, zawierających 4 szklanki. Flaszka 15 ct.

Woda Litowa przesycona kwasem węglowym, we flaszkach po 2 szklanki. Jedna szklanka zawiera między składnikami 0·20 soli litowych. Flaszka 15 ct.

Woda Jodowa gazowa, we flasz. po 2½ szklanki. Szklanka odpowiada 0·4 jodku potasowego.

Woda sodowa hygieniczna składu wskazanego przez Tow. Lekars. i polecona przez tę instytucyę nauk. Syfon 8 ct., flaszka 10 ct.

Szczawa na wzór znanej powszechnie Gieshüblerskiej, we flaszkach zawierających 3 szklan. Flasz. 10 ct.

Woda lecznicza kwaśna mocniejsza i słabsza składu wskazanego przez Tow. lekars., zawiera między składnikami kwas solny, dodany w celach leczniczych. W szklance tej wody znajduje się 0·15 i 0·3 acidum hydrochloricum dilutum oficinale.

Woda Żelazista, mocniejsza i słabsza we flaszkach po 2 szklanki. Szklanka mocniejszej zawiera 0.133 a słabszej 0.066 Pyrophosphas ferri et natrii. Flaszka mocn. 25 ct., słabszej 22 ct.

Woda gazowa bromowa, mocniejsza i słabsza, we flaszkach po 2½ i 3½ szklanki. Szklanka mocniejszej zawiera 3·12, a słabszej 1·56 bromków. Flaszka mocniejszej 32 i 28 ct., słabszej 24 i 20. ct.

Woda sodowa zwyczajna przez Tow. Lekarskie **za najlepszą w Krakowie uznana.**

24—52—6

Nadto Zakład wyrabia:

Limonadę gazową magnezyową, tudzież Limonady gazowe owocowe jako napój orzeźwiający.

PIERWSZY SKŁAD

wszelkich towarów aptecznych, środków uniwersalnych, bandaży, aparatów, instrumentów, opatrunków chirurgicznych oraz skład wód mineralnych J. Wiśniewskiego, magistra farmacyi, w Krakowie ul. Stradom

poleca po cenach fabrycznych.

Najlepszy świeży tran wątrobiany leczniczy tegoroczny bardzo przyjemny w smaku w oryginalnych flaszkach, jakoteż na wagę.

Gazę jodoformową według najnowszego doświadczenia sporządzoną, nieposiadającą żadnego odoru; cena za Meter: 20/30, 30/45, 40/50 % kr. 21—22—4

Wszech nauk lekarskich

Dra A. Zoltána od minist. konces.

Publiczny zakład szczepienia limfą w Kétegyháza (komitat Békés) wysyła przez rok cały najświeższą limfę zwierzęcą pod gwarancyą pewnego przyjęcia się, po następujących cenach:

1 fiola dla 2—3 osób 50 kr. — 5 albo też więcéj takich fiol po 40 kr. — 1 fiola dla 10—15 osób 2 złr. — 1 fiola dla 50 osób. 5 zlr. — Limfa wystarczająca dla 100 osób, 8 zlr 75 kr. — Limfa wystarczająca dla 1000 osób 75 złr. w. a.

Opakowanie i ekspedycya 15 kr.

Wszelkie narzędzia do szczepienia po cenach fabrycznych.

Większe zamówienia mogą być w umówionym terminie dostarczone.

22—52—7

PIWO SŁODOWE

wyrobu Konstantego Wiszniewskiego

aptekarza w Krakowie, polecone przez Towarzystwo Lekarskie krakowskie na wniosek Komisyi przemysłowej tegoż Towarzystwa pismem z dnia 24 Kwietnia 1889 L. 338. 19—24—4

Sposób użycia: Dorosłe osoby używać mogą przed południem, przed wieczorem oraz idąc na spoczynek. Cena flaszki 36 cnt.

MATTONIEGO

GIESSHÜBLER

najczystsza alkaliczna SZCZAWA

Szczególnie wypróbowana w chorobach narządu oddechowego i trawienia, w dnie, w nieżycie żołądka i pęcherza, środek swoisty w chorobach dzieci. **Jako leczenie poprzedzające lub następowe po Karlsbadzie.**

MATTONIEGO

WYCIĄGI BOROWINOWE

SÓL BOROWINOWA
ŁUG BOROWINOWY

Wygodne środki do przyrządzania KĄPIELI BOROWINOWYCH i ŻELAZISTYCH w DOMU

Od dawna wypróbowane w Metritis, Oophoritis, Peritonitis, Blednicy, Zołzach, Krzywicy, Upławach białych, Usposobieniu do poronień, Porażeniach całkowitych i połowiczych, Niedokrewności, Gośćcu, Dnie, Ischias i Krwawnicach.

MATTONIEGO

WODA GORZKA z BUDA-PESZTU

wyborny środek ***PRZECZYSZCZAJĄCY.***

ROZSEŁKI wszelkich naturalnych WÓD MINERALNYCH i produktów źródlanych dokonywa

HENRYK MATTONI

FRANCENSBAD, — WIEDEŃ, — KARLSBAD.
MATTONI i WILLE w BUDAPESZCIE.

9—52—11

SANTAL MIDY.

Aptekarza I. klasy w Paryżu.

Santal Midy zastępuje w terapii kopaiwę i kubebę, gdyż nie wywołuje podrażnienia żołądka, ani rozwolnienia przytem ogranicza bardzo prędko wycieki rzeżączkowe.

Każda kapsułka **Santalu Midy** zawiera 20 centigramów esencyi santalowej, zupełnie czystej. Dawka wynosi 6—12 kapsułek dziennie, którą to ilość zmniejszać należy w miarę jak i wyciek się zmniejsza.

Skład w Paryżu 8. r. Vivienne, oraz we wszystkich aptekach. 12—6—3

ZAKŁAD LECZNICZY

DLA UMYSLOWO CHORYCH I NERWOWYCH

w Kowanówku pod Obornikami

w W. Ks. Poznańskiem

w uroczej okolicy i najkorzystniejszych warunkach hygienicznych położony, — we wszelkie zasoby lecznicze dzisiejszej psychiatryi i newroterapii zaopatrzony, — z wygodami, elegancyą i komfortem urządzony, przyjmuje każdego czasu na kuracyą chorych płci obojej. 20—52—8

Na żądanie prospekta z warunkami.

Dr. Winklewski. ***Dr. Karczewski.***

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.